

战胜强迫症

治疗师指南


COAY
Books

目录
Content

总 序

当人们遇到问题时，首先会自助，想办法自己解决。然而，事情并不总是那么幸运，很多时候需要借助于外力的支持和帮助，在自助的同时求助。对于求助者来说，最重要的是找到针对自己问题的最适合的解决方法、最好的帮助者或者机构;对于助人者来说，最重要的是获得科学的、实用的、有效的治疗方法，并将其灵活地、个人化地、具体化地应用于求助者。“有效的疗法——认知行为治疗丛书”正是基于这样一个理念来做的。

丛书主编戴维•H•巴洛（David H. Barlow）是国际最著名的临床心理学家之一，既有很扎实的理论和研究基础，又有丰富的临床实务经验，是认知行为治疗（CBT）方面的国际顶尖领军人物，其相关著作被翻译成多国文字，在国际临床心理学领域具有广泛和深远的影响。在他的组织和指导下，在某一疾病治疗方面具有丰富经验的优秀的认知行为治疗师都参与了这套丛书的编写。因此，丛书中每本书的作者均为相关方面的杰出学者和治疗师，每本书都是他们的学术成果和临床经验的积累。

这套丛书按照问题或者疾病编排，每一种疾病都从两个角度提供帮助:助人者和自助者，即“治疗师指南”和“自助手册”，以期治疗师和来访者共同努力，协同作战，这将会收到意想不到的效果。

此套丛书根据患者和临床工作者的需要，还在不断地增编和更新中。目前这套丛书已经有48种，有的已经出了第三版。我们首批翻译出版了其中的17种，以后将会继续跟进。

作为这套丛书的引进者和中文译本的主编，我不敢说熟悉这套丛书的每一位作者，但知道绝大多数，部分很熟悉，他们都是值得信任的专家和治疗师。我有幸在巴洛教授的邀请和资助下于2006年9月至2007年8月在波士顿大学临床心理中心（Center for Anxiety and Related Disorders，Boston University）进修访问。这个中心是巴洛教授创立和发展起来的，已经有20多年的历史，在美国的临床心理学领域以及民众中享有很高的声誉，每天都有大量的求助者，有些人甚至要排队等两三个月。我就是在这个中心第一次接触到这套丛书的。在这里，不论是临床工作者还是来访者都是人手一册。看到这套丛书如此广受欢迎，我当时就萌生了将其翻译成中文，介绍给我国的治疗师和求助者的想法。接下来的工作特别是与来访者的互动一再证明，这套书的确像原作者前言中所写的那样，只要选对了适应症，将是非常实用、非常好用、非常有效的。它不仅对来访者有用，对咨询师和治疗师有帮助，对学习心理咨询与临床心理的学生也是非常有用的。

看到这套丛书顺利出版了，我非常高兴，这凝聚着所有参与者的心血，反映了所有参与者对我国心理咨询治疗事业的热情，也表明了所有参与者对我国民众心理健康的关注和爱心。在此，我首先感谢我三年美国之行的第一位导师戴维•H•巴洛的邀请、支持和指导;其次感谢丛书的两位副主编张宁教授和孙宏伟教授，以及我们所指导的研究生的努力工作;最后我要感谢中国人民大学出版社为这套丛书的出版所做的一切。感谢也祝贺我们大家的精诚合作!相信来访者和临床工作者一定会从此套丛书中受益匪浅。

由于时间等原因，翻译过程中难免有错误和用词不当之处，还望使用者谅解;更重要的是非常欢迎使用者（临床工作者和来访者）提出宝贵的意见、建议和批评。我的

联系方式是:wjphh@bnu.edu.cn，我会尽快答复您，您的反馈对我们的工作是一个促进。感谢每一位参与的人。

王建平 教授

2009年12月3日于北京师范大学

前言

本书中的心理社会治疗项目是经验支持治疗系列的一部分。本系列的目的是传授有关具体干预的知识，因为系统研究表明这些干预是有效的。研究表明，在您所处理的具体疾病治疗的疗效方面，这项治疗计划、连同该系列中的其他项目都有实证支持。但是，临床医生与大量具有不同性格的以及在不同条件下治疗的病人打交道，因此，治疗程序中方法的实施是由临床治疗师决定的，这取决于他（或她）对当地临床状况和所照料的病人具体情况的了解。尽管一些数据表明，遵守治疗协议可以产生最好的效果，但在判断达到最佳效果所需要的弹性程度这一点上，只有临床治疗师有机会去做。

我们真诚地希望您能找到对您的临床实践有帮助的治疗方案。本书包含了大部分的心理治疗程序。另外，本书也提供了各种各样的临床材料，您在实施治疗程序时可以参照。本书的目的是协助临床医生对正在实施的具体治疗计划进行系统的顺序管理。因此，它强调每次治疗的相关性、实际信息和练习。同时还介绍了在具体的治疗程序中可能出现的典型的问题，提供了解决这些问题的建议。因此，当浏览案例时，您可能需要回顾相关的个别章节。

虽然本书没有充分描述支持这项治疗的理论方法和经验工作，但是提供了附加信息的参考文献。我们鼓励您去浏览这些文章，以对强迫症有一个全面的了解。如果您有关于改进我们的治疗方法的建议，请告诉我们，这样也可以帮助您为您的患者提供有效的心理治疗。

戴维•H•巴洛（David H.Barlow）

杰出教授，哲学博士

第一章 强迫症的临床表现（1）

引言

本书是帮助心理医生评估和治疗强迫症的，共分为三部分。第一部分简要描述了强迫症的临床表现和评估方法。第二部分讨论了可行的相对有效的治疗方法以及如何为那些寻求治疗的强迫症患者提供建议。第三部分呈现了暴露与仪式阻止（例如忍住不表现仪式）的认知行为疗法的指南。同时，在这一部分中还对那些已经被实验证实了其功效的治疗程序的各部分进行了描述和阐释，同时也对那些富于临床智慧和艺术性、未划分领域的实际应用等问题进行了阐述。

这种治疗程序之所以被看做是认知行为疗法的程序，是因为它吸收了针对认知结构进行调整的技术，包括对那些引起强迫观念和强迫行为的不切实际的交往和错误信念进行调整。然而，使用"认知行为"这一术语并不表示在斯金纳的传统概念里这些思想就是认知行为。在这本治疗师指南中，涉及"暴露疗法"、"认知行为疗法"和"暴露与仪式阻止"的程序是可以互换的。这个治疗指南可以单独使用，也可以和自助手册一起使用。

强迫症的定义

根据《精神疾病诊断与统计手册》（第四版）（DSMⅣ，美国心理学会，1994），强迫症的基本特征是有严重的、周期性的强迫观念和强迫行为。强迫观念是指"表现为闯入性的和不合适的，持续不断的观念、想法、冲动或者想象，能引起患者明显的焦虑和痛苦"（p.418）。强迫行为是指"为了防止或减少焦虑或痛苦的重复性行为……或心理行为……"（p.418）

传统的［《精神疾病诊断与统计手册》（第四版）之前的］强迫症的定义揭示了三个基本观点:（1）强迫观念是精神事件，强迫行为是行为事件;（2）强迫观念和强迫行为可以联系在一起出现，也可以独立出现;（3）那些患有强迫症的患者对强迫观念认识很少。然而，《精神疾病诊断与统计手册》（第四版）定义并揭示了更多关于这些问题的当代观点。与认为强迫观念是思想而强迫行为是行为的传统观点相比，在过去的20年里，专家已经发现强迫行为既可以是行为，也可以是思想。因此，区分强迫观念和强迫行为不能只依据表现的形式，而是依据是否表现为一种想法或可观察到的行为。

如果不能依靠简单的概念来划分（即强迫观念是想法，强迫行为是行为），究竟如何区别强迫观念与强迫行为呢?一种被普遍接受的观点认为，强迫观念和强迫行为可以根据是否引起或减少痛苦做出判断（Foa & Tillmanns，1980）。因此，强迫观念是产生焦虑或痛苦的想法、想象或冲动，强迫行为是减少或阻止强迫观念带来痛苦的公开的（行为的）或隐秘的（精神的）行为。因此，行为仪式在功能上等同于心理仪式（如默述号码），这两者的目的都在于减少强迫性痛苦。有时心理仪式被称为“中和想法”（Rachman，1976）。总之，行为和心理仪式都可以用来防止伤害、恢复安全或减轻痛苦。

第二个概念可以在《精神疾病诊断与统计手册》（第三版）（DSMⅢ，美国精神病学协会，1980）找到，同时保留在《精神疾病诊断与统计手册》（第四版）的是，虽然多数强迫观念和强迫行为在功能上与刚才描述的方式有关，但一些强迫行为是在与强迫观念没有直接联系的情况下发生的。一项旨在解决这个问题的研究的结果表明，约90%的仪式表演要么是为了减少或消除强迫性观念，要么

是为了减少某种非特定的痛苦。但是，在患者的脑海中大约10%的强迫行为与强迫观念无关（Foa et al.，1995）。

第三个关于强迫症的传统观念是，患有强迫症的个体认为他们的强迫观念和强迫行为是无意识的或不合理的，这已经在《精神疾病诊断与统计手册》（第四版）中得到了修正。Kozak和Foa（1994）认为，用存在和不存在的二分法，就可以把强迫症的临床图片通过一个连续的"了解"或"信念的力量"更清楚地呈现出来。关于这个问题的一致意见在近几年里已经得到了发展（Foa & Kozak，1996;Insel & Akiskal，1988;Lelliott，Noshirvani，Basoglu，Marks & Monteiro;1988），同时《精神疾病诊断与统计手册》（第四版）通过用"缺乏自知力"来规定强迫症亚型反映了这一问题。

第一章 强迫症的临床表现（2）

患病率

虽然人们不再认为强迫症是一种罕见的疾病，但是估计它的患病率大约为2.5%（Karno，Golding，Sorensen & Burnam，1988），略多于一半的强迫症患者是女性（Rasmussen & Tsuang，1986）。发病年龄范围从青春期早期到成年早期，且男性（模态发生在13～15岁）比女性（模态发生在20～24岁;Rasmussen & Eisen，1990）发病较早。

发病过程

强迫症的发展通常是渐进的，但也有急性发作的报告。症状的逐渐增多或减少是很明显的，但在被观察者中约10%的患者也有偶尔的恶化病程（Rasmussen & Eisen，1989）。许多强迫症患者在寻求治疗前已经患病好多年了。在一项研究中，在明显症状开始出现七年后患者才第一次接受精神治疗（Rasmussen & Tsuang，1986）。强迫症患者通常会与一般功能损害有关，例如有利可图的工作中断以及婚姻和其他人际关系破裂（Emmelkamp，de Haan & Hoogduin，1990;Riggs，Hiss & Foa，1992）。

相关疾病

抑郁、焦虑、恐惧回避、过分担心往往与强迫症伴随发生（Tynes，White & Steketee，1990）。在一个强迫症患者的样本中，Rasmussen和 Tsuang（1986）发现，单纯恐惧症的终生发病率约为30%，社会恐惧症为20%;惊恐障碍为15%。约有30%的强迫症患者符合大部分抑郁症的标准，还发现约40%的患者有睡眠障碍（Karno et al.，1988）。

已有研究者发现了强迫症和饮食失调之间的关系。大约有10%的女性强迫症患者有神经性厌食症的病史（Kasvikis，Tsakiris，Marks，Basoglu & Noshirvani，1986），同时超过33%的贪食症者有强迫症（OCD）患病史（Hudson，Pope，Yurgelun Todd，Jonas & Frankenburg，1987;Laessle，Kittl，Fichter，Wittchen & Pirke，1987）。

多发性抽动症和运动性抽搐似乎也与强迫症有关。20%～30%的强迫症患者报告现在或过去有抽动的病史（Pauls，1989）。多发性抽动症和强迫症的共病率估计36%～52%不等（Leckman & Chittenden， 1990;Pauls，Towbin，Leckman，Zahner & Cohen，1986）。然而有趣的是，强迫症患者伴有多发性抽动症的发生率很高（Pitman，Green，Ienike & Mesulam，1987），但相反的观点认为这是不正确的，只有 5%～7%的强迫症患者与多发性抽动症共病（Rasmussen & Eisen，1989）。

第二章 强迫症理论（1）

学习理论

莫瑞（1939，1960）的“恐惧的获得及维持和逃避行为两阶段理论”可以帮助学术专家理解强迫症。根据这一理论，一个中立的事件与一个能引起痛苦的事件一起发生后，这个事件也会变成一个痛苦性事件，并且这种痛苦会受制于心理活动，如想法和图片，还有身体活动，如蛇和蜘蛛。一旦获得恐惧，作为减少害怕的逃避和躲避模式就会出现。如果成功了，这种模式就会保持下来。这就是莫瑞理论的第二个过程，或称为操作阶段。

Dollard和Miller（1950）采用了莫瑞的理论来理解强迫性神经症。与单纯恐惧症的病灶不同，强迫观念不容易避免，因为它们通常是自发的。因此，那些患有恐惧症的人所采用的消极的逃避策略在对抗强迫性痛苦时通常是无效的，而积极的避免方法（例如，强迫性仪式动作）则被发展起来以应对强迫观念。

虽然莫瑞的简洁理论过于简单，不能解释获得恐惧的原因（Rachman & Wilson，1980），但它对于观察强迫性仪式的保持却是很有用的:强迫观念导致焦虑和困扰，而强迫行为减少这种焦虑和困扰。强迫观念以及面对那些引起强迫观念的情境引发了痛苦的报告，还激发了严重的心脏病和皮肤的电生理活动（Boulougouris，Rabavilas & Stefanis，1977;Hodgson & Rachman，1972;Hornsveld，Kraaimaat & van Dam Baggen，1979;Kozak，Foa & Steketee，1988;Rabavilas & Boulougouris，1974）。此外，强迫的痛苦通常会随着仪式的出现而减少（Hodgson & Rachman，1972;Hornsveld et al.，1979;Roper & Rachman，1976;Roper，Rachman & Hodgson，1973）。

认知理论

有关强迫症的认知理论比比皆是。例如，Carr（1974）指出，典型的强迫观念涉及过度关注健康、死亡、别人的福利、性、宗教等问题，他认为强迫症是建立在夸大消极后果的思想之上的。这种观点认为强迫观念是一种错误信念，并且与从广泛性焦虑障碍、广场恐惧症和社交恐惧症患者身上发现的错误信念相似，这与贝克（1976）理论中的“强迫观念是对伤害的错误信念”的观点相似。McFall和Wollersheim（1979）也观察到，患有强迫症的个体存在错误信念，这导致个体产生了对威胁、相关的痛苦的错误认知，并且企图通过仪式化来减少这些威胁和痛苦。

错误信念的特征的理论在解释强迫症方面有些困难。不仅各种强迫症的观点尚未达成一致，而且临床观察也表明，那种对结果过于悲观，还有关于自我价值的完美主义者的标准的观点，在其他的焦虑障碍以及抑郁症中都是典型的。令人奇怪的是，没有任何理论指出强迫观念具有明显的闯入性，而这正是将强迫观念与单纯恐惧症区别开来的特征。

Salkovskis（1985）提供了详细的关于强迫症的认知分析。根据这一理论，强迫性入侵可以看做是激起某种自我批评的信念，然后这些信念会导致情绪障碍。无论隐蔽的还是公开的仪式，都试图减少这种罪恶感。此外，那些频繁出现的关于不可接受行为的想法，可能会被强迫症个体理解为这些行为自身的实际表现。

Salkovskis（1985，p.579）指出，强迫症的独特特点有五个假设:（1）思考某种行为就等于其执行这种行为;（2）未能阻止（或试图阻止）伤害自己或他人，在道义上相当于造成伤害;（3）伤害的责任并不会因减轻情境而

减少;（4）对一个伤害的想法未能付诸仪式化，这就形成了伤害的动机;（5）我们应练习控制自己的想法。有一个关于这个理论的有趣的解释，即强迫性入侵可能被患者认为是不可接受的，但它所导致的心理和内部仪式却被认为是可以接受的。另一个含义是，确定和修改这些错误的假设会导致强迫症症状的减少。

其他认知学家并没有像关注损害的认知过程那样多地关注错误的想法。例如，Reed（1985）假设强迫症的特点是损害了经验的系统化和整体化，而某些特定的症状（如活动的过度结构化、分类严格）则形成了补偿性的结果。其他调查人员（Sher，Frost，Kushner，Crews & Alexander，1989;Sher，Frost & Otto，1983）发现，一些强迫检查者的行为的特定的记忆缺陷可能是引发强迫症的原因。

患者认为表现某种行为可能并不能反映记忆的缺失，而是正如Foa和Kozak（1985;cf.von Domarus，1944）所说的，是损伤了对危险做出推论的方式。具体地说，Foa和Kozak假设缺乏安全感的强迫症患者常常得出这样的结论:环境是危险的，他们不能从呈现的危险信息中得出安全的结论。换句话说，有强迫症的人在用马桶之前，可能坚持要证明坐便器是安全的，然后才会坐上去;而没有强迫症的人则会毫不犹豫地坐在马桶上，除非个别坐便器上的某些东西暗示有危险，如破碎的边缘有血迹，他才会犹豫。为了减少伤害的可能性，患者一定会反复地表演仪?，而表演仪式并不能真正地保证安全。不管认知缺陷是存在于记忆过程中还是在转换的规则中，关于这种损伤对与威胁相关信息的处理是普遍的还是特殊的这个问题仍然没有定论。

在Foa和Kozak（1985）的关于焦虑症的认知理论中，他们假定在情感记忆结构中有特定的损伤。根据Lang

（1979）的生物信息理论，Foa和Kozak将焦虑解释为在记忆信息结构中发现的那些象征恐惧刺激、反应及其含义的东西。因此，混乱的恐惧记忆的特点是对威胁的错误估计、对恐惧事件的高负价和准备逃避或避免的过度反应元件。

Foa和Kozak（1985）推测强迫症个体中存在几种类型的恐惧结构。在不切实际的害怕公共厕所的患者中，刺激（如马桶座圈）和意义（如很可能会染上性病）之间的关系是很明显的。对其他强迫症患者来说，某些无害的刺激是与痛苦紧密联系在一起的，更不用说有害的刺激了。例如，一些患者通过重新放置物品的方式来减少混乱的痛苦，而不能预知无序摆放会带来任何有害的后果，只能预料到“刚好没有跌下来”。

第二章 强迫症理论（2）

神经化学理论

关于强迫症的解释，目前有一个流行的生物学理论，它假设强迫症患者有血清素（5羟色胺）代谢异常的症状。血清素吸收抑制剂（SRIs）对强迫症的疗效为这一假说提供了主要推动力。人们发现血清素吸收抑制剂比安慰剂和其他的一些抗抑郁药物如米帕明、去甲替林和阿米替林（Zohar & Insel，1987）更有效。氯米帕明血浆水平和强迫症症状的改善之间有显著相关，这促使研究人员认为血清素有改善强迫症症状的功能，还进一步支持了血清素假说（Insel，Murphy，et al.，1983;Stern，Marks，Wright & Luscombe，1980）。

关于血清素在强迫症个体中的功能的直接调查尚无定论（Joffe & Swinson，1991）。有两项研究报告了强迫症症状的改善与血清素的代谢产物5羟基吲哚乙酸（5 HIAA的）的降低显著相关（Flament et al.，1985;Thoren，Asberg，Bertilsson et al.，1980）。这些结果均与CMI的抗强迫作用受血清素系统调节这一假说相一致。Lucey，Butcher，Clare和Dinan（1993）发现在强迫症个体中，在与血清素作用剂反应后，d芬氟拉明明显减少，而垂体对下丘脑刺激（产生促甲状腺激素释放激素）却是正常的。这些结果表明，在强迫症患者中是中枢5羟色胺功能障碍，而不是垂体过度活跃。

另一方面，涉及血清素的关于强迫症的文献资料也显示了一些矛盾。血清素血小板摄取的研究（Insel，Mueller，Alterman，Linnoila & Murphy，1985;Weizman et al.，1985）未能把强迫与控制区分开来。在Zohar和他的同事的两项研究（Zohar & Insel，1987b;Zohar，Mueller，

Insel，Zohar Kaduch & Murphy，1987）中发现，口服血清素激动剂m氯苯哌嗪（mCPP）后强迫症状有所增加，而经过氯丙咪嗪治疗后这种状况就消失了。然而，静脉注射mCPP并没有导致强迫症状增强 （Charney et al.，1988）。

神经解剖学因素

一些研究表明，强迫症患者神经解剖学异常。一些神经心理学结果指出强迫症患者额叶异常 （Behar et al.，1984;Cox，Fedio & Rapoport，1989;Head，Bolton & Hymas，1989），但也有神经心理学研究结果不一致（Insel，Donnelly，Lalakea，Alterman & Murphy，1983）。对强迫症患者进行的成功的囊切开术和扣带回切开术也暗示强迫症有额叶参与（Ballantine，Bouckoms，Thomas & Giriunas，1987）。但是，对这些疗法的疗效并没有进行适当的对照研究。

神经生物学异常的补充证据来自几个脑代谢的正电子发射断层的研究，这些研究显示强迫症患者的前额叶皮质代谢率升高（e.g.，Rauch et al.，1994）。同时也表明强迫症的症状源自于基底核病变:昏睡性脑炎（Schilder，1938）、薛登汉氏舞蹈病（Swedo，Rapoport，Leonard，Lenane & Cheslow，1989）和多发性抽动症（Rapoport &Wise，1988）。

第三章强迫症评估（1）

诊断性会谈

做出一个令人满意的评估，前提是要进行全面的诊断性会谈，要弄清强迫症和所有并发症的表现。临床学家会发现，《精神疾病诊断与统计手册》（第三版）（修订版）（SCID ;Spitzer，Williams，Gibbon & First，1990）的结构性临床会谈虽然会花费一定的时间，但在确定全面的症状调查时很有用。除了确定诊断外，用一个可靠并且有效的工具量化强迫症状的严重程度对于治疗师来说也是很重要的。

普遍被用来评估强迫症状及其严重程度的会谈工具是耶鲁—布朗强迫量表（Y BOCS ;Goodman，Price，Rasmussen，Mazure，Delgado，et al.，1989;Goodman，price，Rasmussen，Mazure，Fleischman，et al.，1989），这是一个半结构化会谈，包括一个症状检查清单和一个严重等级量表。严重等级量表分别有五个关于强迫观念和强迫行为的项目，每项都采用5分制，从0分（没有症状）到4分（严重症状）。总体严重等级是由花在强迫观念和强迫行为上的时间、功能障碍、强迫症状伴随的压力、对症状的抵制和对症状的控制等方面来评定的。《耶鲁—布朗强迫量表》有满意的内部评定者信度、内部一致性信度和效度（Goodman，Price，Rasmussen，Mazure，Delgado et al.，1989;Goodman，Price，Rasmussen，Mazure，Fleischman，et al.，1989），并且在很多强迫症研究中，都发现它的治疗效果非常显著。

在焦虑症治疗研究中心，除了《耶鲁—布朗强迫量表》，研究者还采用了三个靶症状量表。每个工具都采用8分李克特式等级量表，分别针对一个特殊的领域:焦虑、

痛苦、逃避和仪式。在初次会谈所收集信息的基础上，临床学家把引起强迫焦虑的情况分成三类主要的靶症状，并且评定这些焦虑的严重性等级。

在评定患者的焦虑和痛苦的时候，临床学家首先会考虑到患者面对情境或物体时的痛苦，包括痛苦的频率和痛苦的剧烈性。例如，假如一位患者非常在乎污物，临床学家区分了三种主要的污物刺激（物体或者情境）并且分别进行评级。其次，临床学家要评估患者逃避这种与刺激相关的情境的程度，并把这个刺激作为主要的痛苦刺激。例如，假如主要污物是粪便，那么选择评定的回避项目就有可能是公共厕所。最后，临床学家评价这三种主要仪式的严重性。仪式的严重性取决于强迫行为的频率和持续的时间这两个方面。

尽管研究者在强迫症研究中试用了这些相关的靶症状类别（e.g.，Foa，Grayson & Steketee，1982;Foa et al.，1983;Marks et al.，1988;O”Sullivan，Noshirvani，Marks，Monteiro & Lelliott，1991），但几乎没有这方面的心理测量学信息。当由两个评估者各自评定等级时，这些量表看起来具有很强的内部一致性。但是，在治疗师和患者各自评定等级时却基本上没有一致性。这些等级量表吸引人的地方，大都是它们的表面效度和被证实的对治疗改变的敏感性。再者，临床学家可以很容易地运用这些量表来计划治疗方案，还可以用来评估某些具体的症状的发展。

强迫症症状的量表测量也是可行的，但是有一些缺点:这些量表［强迫活动检查清单（Freund，Steketee & Foa，1987）、Leyton强迫问卷（LOI;Kazarian，Evans & Lefave，1977）、Lynfield强迫症问卷（LOCQ;Allen & Tune，1975）、Maudsley强迫问卷（MOCI;Hodgson & Rachman，1977）］只是针对某些形式的强迫行为，包括与强迫症症状无关的项目。最近，CTSA的工作人员已经

与牛津大学的研究者合作，旨在建立一个简明自陈量表（MCP—牛津强迫症量表），用来评估七项常见的强迫观念和强迫行为。这个测量工具可靠并且容易实施，但其对治疗效果的敏感性尚不得而知。

第三章强迫症评估（2）

鉴别诊断

强迫症与其他病症的高共病性有时会导致诊断困难。

强迫观念与沉思

抑郁症经常与强迫症同时出现，这就产生了关于抑郁沉思与强迫观念的问题。沉思是抑郁症个体常见的问题，它们的混杂存在会使评价强迫性入侵的严重性变得困难。我们可以根据想法的内容和患者的抵制情况做出鉴别诊断。抑郁沉思是关于自我或世界的悲观看法，而相比之下，强迫观念则没有试图制止这些想法的特点。

强迫症与其他焦虑症

强迫症与其他焦虑症的高共病率有时可造成诊断过程的复杂性。例如，过度担心是广泛性焦虑障碍（GAD）的特点，它与强迫观念在形式上有相似性。然而，担心跟强迫观念不同，前者是过度关注现实生活情况，并且个体也认为这种担心是适当的。与此相反，强迫思维更可能是不现实的或（并且）强迫观念通常被个体认为是不适当的。这个法则并不能消除所有的分歧，然而在某些情况下，一种强迫观念涉及一个现实的威胁，同时伴随一种夸大的可能性估计。幸运的是，在不伴有强迫行为时，我们认为诊断中最重要的是将强迫观念和担心区分开来，而且伴有强迫观念但没有强迫行为的个体是十分罕见的（Foa et al.，1995）。

类似的情形会伴随恐惧逃避的症状出现，而在没有仪式的情况下，会给诊断者一种恐惧症的印象。例如，过度恐惧细菌可以导致逃避动物。然而，与强迫症个体不同，一个害怕狗的个体可以成功地避开狗或很容易地逃避而不

会有较长时间的痛苦。与此相反，即使狗离开了，有狗污物强迫观念的强迫症个体仍会继续有被玷污的感觉。这种持续反应引起的仪式是大多 数强迫症的特点。因此，强迫症个体可以排除仪式行为，而恐惧症个体不能排除。

疑病症

以疑病症为特点的健康焦虑在形式上与强迫症的强迫观念十分相似。一些研究人员指出，那些强迫关注自己健康的患者也会表现出躯体检查或过度拜访医生的行为，这也应诊断为强迫症，并要对其做相应的治疗（Rasmussen & Eisen，1989;Rasmussen & Tsuant，1986）。因此，有效鉴别这两个障碍的方法是看患者是否有强迫观念;对疾病的强迫观念往往合并仪式，如过度洗手或检查意味着强迫症，而过度关注健康却没有仪式行为意味着疑病症。

躯体变形障碍

伴随着躯体变形障碍（BDD）也产生了一个相关的诊断问题。躯体变形障碍的基本特征是患者过度关注想象中的身体缺陷，并且坚信缺陷的存在。这种过度关注有时伴随强迫检查行为。因此，躯体变形障碍与强迫症有很多形式上的相似之处。有两个方面可以帮助我们鉴别这两个障碍。第一，临床观察表明，与强迫症患者相比，躯体变形障碍的个体通常更确信自己担心的正确性。尽管强烈的信念在这两种人中都是连续发生的（Hollander，1989;Kozak & Foa，1994），但只有极少数的强迫症个体对强迫观念和强迫行为的现实性表现出强烈的信念。第二，大多数躯体变形障碍的个体只有躯体方面的强迫观念，而大多数强迫症个体有多重强迫观念。

多发性抽动症和抽动障碍

有时，我们很难将标志多发性抽动症和抽动障碍的刻板运动行为与强迫行为区分开来。多发性抽动症和抽动障

碍的行为一般是无意识经验，其目的不是为了消除强迫观念所带来的困扰，通常我们可以凭这一点将其与强迫行为区分开来。目前， 还没有任何确定的方式可以将它们从“单纯”的强迫行为中鉴别出来，但幸运的是，很少有单纯强迫行为的强迫症诊断（Foa et al.，1995）。

妄想症

患有强迫症的个体可能表现为强烈的妄想（Kozak & Foa，1994，见综述）。约5%的强迫症患者完全相信自己的强迫观念和强迫行为是现实可行的，另外还有20%的报告认为他们对此坚信不疑。因此，不能仅仅依靠强烈的强迫信念就做出强迫症诊断，这一点很重要。实际上，《精神疾病诊断与统计手册》（第四版）已经认识到强迫观念可以是强烈的妄想，这可以通过在《精神疾病诊断与统计手册》（第四版）中增加一个强迫症亚型“弱自知力”反映出来。就像区分疑病症与强迫症一样，区分妄想障碍与强迫症可以依靠强迫症的强迫行为的表现。在强迫症中，妄想强烈的强迫观念往往伴随着强迫行为。重要的是，强迫症中强迫观念的内容可能非常怪诞，就像妄想精神分裂症中的妄想一样，但怪诞的程度本身并不妨碍作出强迫症的诊断。精神分裂症患者也必须出现形式思维障碍的其他症状，比如松散联想、幻觉、单调、很不恰当的影响，以及思维入侵或投射。当个体同时符合了强迫症和精神分裂症两个标准时，双重诊断是可行的。

第四章 强迫症的心理社会疗法 （1）

很长一段时间内，强迫症被认为是无法治疗的疾病。无论是心理疗法还是药物疗法，对治疗这个疾病都没有什么帮助（Black，1974;Perse，1988）。但是在过去30年中，有两个疗法已显示出在治疗强迫症方面是有效的:（1）通过暴露和仪式预防的认知行为疗法;（2）血清素吸收抑制剂的药物疗法。

本章总结了认知行为疗法治疗强迫症的有效性研究。

认知行为疗法

尽管早期有报告称系统脱敏治疗强迫症是有用的，但个案研究结果表明，只有大约30%的患者在这一狭隘形式的认知行为治疗中受益（Beech & Vaughn，1978;Cooper Gelder Marks，1965）。其他一些暴露取向的程序，如自相矛盾意向、想象流血、饱食、厌恶减轻，也发现了治疗强迫症不成功的例子。旨在阻止或惩罚强迫观念和强迫行为的治疗程序，如停止思维、厌恶疗法、隐蔽的感受性增强，相对来说，在治疗强迫症方面也是不成功的（Emmelkamp & Kwee，1977;Kenny，Mowbray & Lalani，1978;Kenny，Solyom & Solyom，1973;Stern，1978;Stern，Lipsedge & Marks，1973）。相反，Victor Meyer和他的同事让患者长期暴露在那些引起强迫痛苦的情境或物体下，并要求患者禁止仪式，以此来治疗强迫症。他们用这种治疗方案治疗了15例患者，其中10例非常成功，其他的部分有效。只有2例患者在5年后复发（Meyer，1966; Meyer & Levy，1973;Meyer Levy & Schnurer，1974）。对暴露和仪式阻止的无对照研究和对照研究结果具有惊人的一致性:约75%的患者在后来都产生了仪式阻止（Foa & Kozak，1996）。

这种治疗涉及反复地、长时间地（从45分钟到2小时）面对那些引起痛苦的情境。此外，患者必须禁止仪式，尽管仍有强烈的仪式化冲动。暴露可以在现实中进行，例如，要求担心感染细菌的患者坐在地板上，这种类型的暴露称为真实暴露。也可以要求患者想象坐在地板上，这种类型的暴露称为想象暴露。暴露通常是渐进的，在面对更令人不安的环境之前先面对那些引起中等痛苦的环境，治疗疗程之间的大量额外暴露也是必要的。

暴露与反应阻止法

单独的暴露和仪式阻止对强迫症的效果已经在几项研究中得到了验证。研究者分别使用长时间暴露而不用仪式阻止、使用仪式阻止而不用暴露以及两者相结合的方法对患者进行治疗。研究发现，暴露和仪式阻止两者相结合的治疗更有效，在治疗刚结束和治疗结束后这两个时间的效果都比两个单独疗法更好。此外，这两个组成部分对症状的影响不同:暴露主要减少强迫观念的痛苦，而仪式阻止主要是减少仪式（Foa，Steketee，Grayson，Turner & Latimer，1984;Foa，Steketee & Milby，1980;Steketee，Foa & Grayson，1982）。

想象暴露与真实暴露

关于想象暴露和真实暴露的不同疗效，基本没有多少可用的资料。此外，治疗后立刻采用想象暴露和真实暴露相结合的方法似乎没有表现出比单纯真实暴露更好的效果。然而，在后续治疗中，使用二者相结合的治疗程序的效果在一定程度上出现复发的情况较少（Foa，Steketee，Turner & Fischer，1980）。

想象暴露是否应成为暴露疗法的组成部分?除了仅仅发现想象暴露和真实暴露相结合可以抑制复发外，其他方面的证据表明了想象暴露在强迫症治疗方面也是有效的。

有时，陈述那些以强迫观念为特点的令人害怕的灾难是不切实际的，想象暴露是一个有用的替代办法。此外，在真实暴露中增加想象可以避免患者采取与治疗目标背道而驰的防御策略，这些患者往往在暴露练习中试图避免思考自己正在做的事情。因此，虽然想象暴露对一个成功的结果来说并非是必不可少的，但它在活体练习中往往是一个有用的附件。

渐进式暴露与直接暴露

一开始就面对引起最痛苦情境的患者与那些在开始面对引起较轻痛苦情境的患者一样，他们的反应同样很顺利（Hodgson，Rachman & Marks，1972）。但是，大多数患者更喜欢循序渐进的方式。通常情况下，一开始先面对低级困难情境，然后是中级困难情境，最后进行最痛苦的情境暴露，这是可以实现的。如果患者低估了情境的难度，可以额外插入中间级步骤。但重要的是，不要把最困难的暴露拖延到最后的治疗中，因为那时患者没有足够的时间来适应最痛苦的情境。

第四章 强迫症的心理社会疗法 （2）

暴露时间

暴露的时间对一个成功的结果来说是很重要的。长期的、持续的暴露比短期的、间断的暴露要好（Rabavilas，Boulou gouris & Stefanis，1976）。时间要多长才够呢?暴露应该持续至患者注意到强迫观念的痛苦有所减少为止。事实上，暴露疗程中焦虑的减少以及在疗程中高峰焦虑的减少就预示着好的结果（Kozak et al.，1988）。关于强迫症治疗的暴露所需要的时间没有不变的规则，但凭经验来讲，90分钟就是个合适的时间（Foa & Chambless，1978;Rachman，DeSilva & Roper，1976）。

暴露频率

可选的暴露次数的频率不详。那些取得了最令人印象深刻的成果的集中暴露疗法项目通常每日一次，但两次暴露治疗间隔时间较长也取得了有效的成果。每周一次治疗可以满足这样 一类患者:具有轻微强迫症症状，而且可以轻易理解定期进行日常暴露任务的重要性。而对于症状严重以及完成家庭作业有困难的患者，每日一次的治疗可能更为有效。

治疗师引导的暴露与自我暴露

治疗师对治疗效果贡献的程度不详，对暴露时治疗师在场的评价不一。虽然在治疗师在场的情况下，特别是在治疗师首先面对这种情境的情况下，患者似乎更愿意面对令人害怕的情境。但暴露练习的治疗师模型尚未被证实是有效的（Rachman，Marks & Hodgson，1973）。在一项研究中，与在团体中服用氯米帕明和进行自我暴露治疗的患者相比，进行治疗师引导的暴露治疗的患者在治疗后立刻收到了更好的效果，但这一优点在随后一年的时间里就消

失了（Marks et al.，1988）。但这项研究并没有明确指出，在后来评估之前的这段时间内患者接受了治疗师多少额外的治疗。在另一项研究中，研究者比较了进行自我暴露和在治疗师引导下进行10次真实暴露的效果，并没有发现治疗刚结束时两者有什么不同，但治疗师在场的时间是极短的（Emmelkamp & Kraanen，1977）。有一项研究比较了有治疗师在场和没有治疗师在场的为时3小时的暴露:结果表明，治疗师在场提高了对单纯恐惧症的治疗效果（Ost，1989）。由于单纯恐惧症总的来说比强迫症更会让人脆弱并且容易治疗，因此，可能存在一种假设，即治疗师在场也可以提高强迫症暴露治疗的效果。

仪式阻止

在梅耶的原治疗方案（1966）中，工作人员实际上阻止了患者表演仪式（例如，他们关闭了患者室的供水系统）。然而，当代的门诊病人和住院病人的治疗主要依赖于患者自己去选择不表演仪式。因此，“反应阻止法”通常需要自愿避免仪式，这是治疗强迫症门诊病人的暴露疗法的特征。虽然典型的集中门诊病人治疗程序是每天进行2小时的治疗，但每天仍然有几个小时的时间要求患者必须禁止仪式。因 此，治疗师说服患者阻止仪式是非常重要的，因为如果患者想要抵制强烈的仪式化冲动，必须对治疗有很大的积极性才能做到。

正如前面所指出的，尽管暴露可以减少强迫观念的痛苦，但这在减少强迫行为方面并不是同样有效的。要想减少仪式化冲动，患者必须阻止仪式。对仪式化冲动和违反阻止仪式规则这两者的自我控制可以帮助患者阻止自己进行仪式化。此外，指定的朋友或家庭成员可以通过给予提醒抵制的理由和重要性鼓励患者抵制仪式化。

研究者已经证明了仪式阻止（禁止仪式）的重要性，但不同的研究有不同的程序，从正常的没有监督的洗手到在持续监督的情况下连续几天完全禁止洗手。监督的水平似乎并不影响治疗效果，但与规则的严格性本身可能有关系。CTSA的治疗师们已经观察到，与那些需要患者做出好的判断或允许部分仪式的模棱两可的指示相比，患者更乐意遵守严格的指示，这些严格的指示可以最大限度地减少判断某一特定行动的性质。

如果患者难以区分两个相关的心理活动——强迫观念和心理仪式，就会难以克服心理仪式。例如，CTSA的患者每当想到鸡汤的时候就会感到痛苦。如果他确实看到了鸡汤，那么关于鸡汤的想法就引发了被玷污的感觉。为了消除这种被玷污感，他想到了“帕尔莫利夫”（Palmolive）这个词。因此，虽然想到“帕尔莫利夫”这个词是一种心理仪式，但“鸡汤”这个想法却是一种强迫观念。要想治疗获得成功，患者必须能区分强迫观念和仪式，因为强迫观念是与长期暴露和心理仪式相对抗的，就像行为仪式与仪式阻止是对抗的一样。

治疗师可以帮助患者区分强迫闯入和心理仪式，目的是减轻强迫观念。一旦患者明确了这一区别，他或她就可以禁止心理仪式。正如刚才指出的，这一区别很重要，因为暴露疗法需要故意激发强迫观念，但又要系统地避免仪式。

第四章 强迫症的心理社会疗法 （3）

保证的要求

在强迫症中经常会出现要做出安全保证的强迫性要求，但这可能不被认为是仪式，因为不是所有的询问都是强迫性的。当患者的反复性问题产生了新的信息，并且是由强迫性恐惧所激发时，它们就确实是强迫行为，连同其他所有仪式都必须禁止。在这种情况下，治疗师应责令患者不得寻求保证，并要求在患者的社会环境中那些经常提供这种保证的人避免给其保证。尽管朋友和亲戚拒绝回答强迫性问题是治疗性的，但往往会引起患者的焦虑、愤怒，或两者兼有。治疗师必须通过排练让患者、其朋友和亲戚准备好面对这种反应。

认知疗法

成功结果的案例报告已经表明了认知疗法与暴露技术相结合对强迫症治疗是有效的（O”Conner & Robillard，1995;Salkovskis & Warwick，1985）。Emmelkamp和他的同事发现了基于A的六次认知疗法的效果。埃利斯的ABC技术（1962）与自我控制的暴露和反应阻止法（Emmelkamp & Beens，1991;Emmelkamp，Visser & Hoekstra，1988）并没有什么不同，暴露和反应阻止法相结合并没有因为增加了认知疗法而提高治疗效果（Emmelkamp & Beens，1991）。在另一项研究（van Oppen et al.，1995）中，研究者比较了基于Beck，Emery，Greenberg（1985）和Salkovskis（1985）的认知方法的认知疗法与暴露和反应阻止法，这项研究还表明，单独采用认知疗法跟单纯采用暴露疗法是同样有效的。

从刚刚提到的三种研究的结果中我们可以看到，有同等效果的两种疗法是有问题的，主要有两方面的原因。首

先，这三个研究的治疗都取得了很小的进展。例如，van Oppen等（1995）发现了每六周一次的45分钟的认知结构重建产生的效果与每六周一次的45分钟的暴露治疗相似，但是这两种六周一次治疗的效果都是微弱的（认知M=20%严重减少;暴露M=24%减少）。这两个群体仍有相当多的症状。从这些结果我们可以得出结论，即单纯的认知程序与单纯的标准暴露程序的效果差不多。其次，只有再额外增加10周的认知疗法疗程才能达到与充分暴露治疗的症状减少同样的效果。认知加暴露程序似乎略优于单纯的暴露程序，但差异没有达到统计学意义（认知+暴露M=45%的严重程度减少;单纯的暴露M=32%减少）。

为什么Oppen等人（1995）暴露程序的研究结果比其他暴露治疗研究的预期结果要差呢?（Foa & KozaKl，1996，见综述）也许是时间相对较短（45分钟）和次数很少（每周一次）降低了效果，另外，也许是因为患者把这看做是“认知”程序，治疗师没有告诉患者强迫观念和强迫行为之间功能上的关系。

不论使暴露程序产生不寻常的糟糕结果的原因是什么，在减少强迫症状方面，在van Oppen等人（1995）的研究中，其所用的特殊认知程序可以推广到何种程度还不得而知。暴露的治疗效果无疑被认为是与患者的认知改变有关系的，这一假设一直在其他领域被广泛地争论着（Foa & Kozak，1986）。但是，还需要做进一步研究，以确定传统的认知疗法程序（辨别自动思维及其触发器，自动思维的理性挑战）是否可以明显有助于治疗强迫症。

不幸的是，关于强迫症暴露过程的出版物的描述（包括我们自己的）常常不能解释这一过程中的“认知”原理，这一原理对结果的产生是很有用的。例如，我们必须说服患者接受暴露疗法，但很少有人注意基于治疗的暴露研究中非正式的说服技术。这些技术涉及培养信任的人际关系

以及讨论各种与恐惧有关的想法。在CTSA实施的暴露治疗中，工作人员经常讨论冒险的重要性、回避和仪式的代价以及尝试取得万无一失的保障的无用性。这种理性的劝说使暴露治疗程序“不纯”（如在给患者的常规指示及与患者家庭会谈方面）。因此，有充分的理由构建以暴露为基础的认知行为疗法。虽然我们怀疑，在以暴露为基础的强迫症治疗中进行与害怕有关的想法的讨论，是否是很重要的成分，但讨论想法本身或正式的传统认知疗法程序是否对强迫症有很大的影响，关于这一点并不清楚。

第一章 认识强迫症（1）

引言

这本工作手册会帮助你识别强迫症的症状和发展，并通过实践一系列的练习来减少这些症状。

什么是OCD?

强迫症（OCD）是一组症状名为强迫观念和强迫行为习惯的集合。这些习惯包括自身的思考、感受和行为，是非常痛苦、徒劳而又很难自己克服的。通常这些习惯包括思想、表象或者是突如其来的念头，往往是你自己并不想要却习惯性地出现在你的脑海中的。有了这些想法，你便会有不情愿、极其不舒服或是焦虑的感觉，还有强烈的愿望要做些事情来解救这种痛苦。比如，一个人可能想自己会因某些细菌生病，或者是不小心给别人造成了伤害。这些想法导致此人极其痛苦。因此，人们便会习惯于思考出各种奇怪的想法或是做出某种行为来保护自己或他人，或是仅仅为了减少这种痛苦。这些习惯就称为仪式。

不幸的是，这些仪式并不总是奏效:痛苦只会在很短的一段时间内得到缓解，然后又会再次出现。在大多数情况下，你会发现自己越来越多地做仪式性的行为，以试图消除自身的焦虑。但这些仪式并不能永久性地缓解这种痛苦，不久你就会花大量的时间和精力在这些仪式上（不论这些仪式再怎么不管用），以至于你生活的其他方面也受到严重干扰。

你受控于自己闯入性的忧虑吗?你有没有强迫性地一遍又一遍地重复一些想法和动作?大部分人有时都会有一些令人厌烦的担忧，但他们并没有因为这些担忧而过分地消耗自己的精力。比如，孩子放学回家晚了，父母可能会经常担心自己孩子的安全。但是对于大部分人来说，他们

并没有因为这样的忧虑而感到不快。当孩子最终安全到家的时候，担忧就会自然消失。有强迫症体验的人会有一些不现实的担忧，而且这些担心还不容易退去。举个例子来说，一个母亲有一种强迫性的想法，认为自己会故意伤害她的孩子。这样的强迫观念有时感觉像是一种强烈要去伤害的冲动。即使她是爱孩子的，而且也绝不会伤害自己的孩子，但是这种观念还是持续不断地占据着她的内心。

强迫症另一个常见的特征是重复动作，比如洗手、检查、分类排序或是超出实际需要地对物体的整理和布置。很多人在进出门时都要检查门锁几次，以保护自身安全，预防擅自闯入者。但是像这样不经意的预防措施几乎不占用时间，也不需要多大的努力，而且是有实际意义的。相比之下，一个强迫症患者可能就会检查门锁很多次，不论自己已经检查过多少遍了，一整天都会持续地担心他到底有没有把门关好。有些强迫症患者则是在精神上做不断的重复。比如，一个人会重复地想个人认定的所谓“幸运”数字（如3、6、12、18）来阻止不好事情的发生。

你有强迫观念或强迫行为吗?你有没有因为一些痛苦的不情愿的想法、感觉或是行为使你什么事都做不了?你有没有一遍又一遍地重复某些行为和想法，试图消除困扰你的痛苦?如果有的话，那你很可能患上了强迫症。

案例1:对污物和细菌的忧虑

强迫观念和强迫行为的类型多种多样。常见的问题就是伴随过度清洗行为的对污物和细菌的担忧。Betsy是一名33岁的已婚幼儿园教师，对污物和细菌的害怕弄得她疲惫不堪。她尤其担心的是，如果上公共厕所，即便是接触了上公共厕所的其他人，自己就会染上性病。由于大部分人，包括她的学生，一般都会用公共厕所，所以她认为自己周围的每一个人都被污染了。这种强迫观念让Betsy的

日常生活变得极度困难，因为她几乎不可能避免接触她所害怕的污染。为了保护自己，Betsy一直随身携带一瓶酒精，总是在工作的时候尽可能不引人注意地不断地用它擦洗自己的手。回到家的时候，她会立刻脱掉身上所有的衣服，在45分钟的洗澡期间内不断地用肥皂擦洗自己的全身。

为了防止自己的家里受到厕所的污染，她也要求她的丈夫和两个孩子遵循严格的卫生条例。虽然她年幼的孩子们都会遵从她的规定，但是她的丈夫已经厌倦了妻子的“无理”要求，婚姻关系逐渐变得紧张。

Betsy从小就对清洁特别在意。青少年时期，和同龄人比起来她更是一丝不苟。然而，她的焦虑状态直到结婚后，在她开始花相当多的时间清理自己的厕所时，才严重地妨碍她的生活。在怀第一个小孩的时候，她知道了性病可以母婴传播，从此对这种可能性的担忧就时刻困扰着她。为了防止她刚出生的孩子得这种病，Betsy就开始避免用公共厕所，同时更加努力地打扫自己的浴室。然而，这些措施并没有给她足够的安全感，因为她意识到周围的人们并不像她那样小心，而这些人会通过直接或间接的接触将病菌传染给她。

当初来诊所的时候，Betsy的生活方式因为她摆脱不了的担心而有着严格的约束。她已经不再邀请任何朋友去自己家里做客，也不去餐馆、剧院和其他公共场所。最近她还一直考虑?为太害怕自己受到污染而要辞掉工作。但是她不愿丢掉薪水，所以决定来寻求治疗。

案例2:关于伤害别人的担忧

Marvin是一个30岁的会计，已婚，有一个2岁的儿子。他从自己在郊区的房子驱车45分钟去城里工作。Marvin总是担心自己会犯错误而伤害到别人。他担心的不

仅是其他人的安宁，也担心动物，甚至包括昆虫。这些担忧导致他无休止地检查他所做的几乎每一件事情。开车的时候，他觉得自己可能撞了人，就会从后视镜里察看有没有事故发生，而且他经常性地原路返回确保没有人需要帮助。他也担心在折回的时候可能会引发新的事故。在检查路面一两个小时后，Marvin才勉强放弃这种行为开车回家，而此时他就会担心自己是个肇事逃逸的司机。Marvin在冲厕所时会仔细地检查是否有昆虫，唯恐会意外杀死它们。在睡觉前，他会检查家里的门、窗、电器和水龙头，以免有灾祸发生。工作的时候，Marvin频繁地检查他的计算结果，因此总是落后于同事的工作进度。Marvin的强迫性活动和担忧每天都要占据他很多时间，引起他情绪上的巨大痛苦，损伤着他日常的生活机能。

Marvin回忆说，他总担心自己犯错误的毛病开始于十五六岁的时候，不过那个时候担心主要是集中在学校作业上。他学开车的时候很焦虑，担心自己会无意伤到别人，这种担心会引起伤害的焦虑最终涵盖了动物和所有物。由于意识到了自己的担心和检查行为占用了太多时间，所以Marvin咨询了一名精神病医生，这名医生说他患有OCD，给他开了盐酸氯米帕明（商品名:安拿芬尼）。药物缓解了他的痛苦，但他仍然花费大量的时间在这些强迫性的想法和行为上。

如果你有像Marvin或 Betsy那样的体验，或者你有其他类型的强迫观念或行为，那么这本手册将会对你有所帮助。

第一章 认识强迫症（2）

强迫症的类型

强迫症包括很多种类型的强迫性习惯。

清洗和清洁

有清洗和清洁仪式的个体会把精力集中于担心自己被污染或是因为某些物品或环境而污染了别人。污染物有化学药品（比如杀虫剂）、微生物（比如HIV病毒）、体液（比如尿液和血液），还有放射物（比如微波）。污染环境包括城市（一个人的家乡）、人（父母）和公共场所（医院）。有时清洗和清洁是为了预防灾难（比如疾病和死亡），但情况也并不总是这样。有些个体清洗和清洁是为了减少因感觉受到污染而带来的不适，但他们并不相信自己会因为这种污染而受到伤害。清洗和清洁所占用的时间因人而异，而且也不是每天都相同。有些人并不是很频繁地强迫性清洗，但是每次这种行为持续的时间很长;其他的强迫性清洗则可能时间比较短暂，但每天的次数比较频繁。通常，担心污染的人会尽力避免和污染物接触，但是他们始终不能彻底回避，因而就采取了清洗或清洁的措施。

检查

有检查仪式的个体会通过过度重复地检查潜在的不利情况来试图阻止糟糕的事情发生。有强迫症表现的人通常会担心自己和火灾、洪水、肇事逃逸交通事故、各种失误、入室行窃乃至疾病有着某种关系。举个例子，一个人害怕自己的房子会着火，便在离家或睡觉前检查是否拔掉了电器的插头。一个人担心自己有未查出的癌症，就会频繁地做痣或乳房的检查。学生害怕学校作业会出现错误，于是再三检查，结果作业不能按时上交。通常，当一个人

怀疑环境的安全性时，就会想要去检查一下。然而，检查并不能消除怀疑，随之而来的是更多这样的行为。怀疑、检查这一系列动作可以持续几个小时，停止的话往往并不是因为不再怀疑了，而是因为已经筋疲力尽，或是有了外部干扰。有时侯，有检查行为的人会导致别人也来进行检查。

重复

有些人故意重复一些行为来消除或是缓解头脑中某种害怕的想法。比如，一个人步行穿过门口，有一种图像会出现在脑海中，自己的爱人正在发生某种意外。他就会来回地穿越大门，直到那个图像消失。这种重复动作的目的有时不仅仅是为了除掉某种图像，也是为了阻止事故的发生。其他人重复某些行为会直到感觉“对劲儿”为止，在这些例子中，没有阻止伤害的想法，这种重复是为了减少某些“不对劲儿”的事情而带来的不快。

排序分类

有排序分类行为的人，特别注意按一定的方式安排周围的事物。有时这意味着平衡地、用某种特殊的形式或位置来布置事物。伴随着重复行为，他们认为通过排序分类可以用来阻止灾祸的发生。比如，一个有强迫性布置事物习惯的人可能总是将眼镜、笔或是其他物品放在离桌子边缘较远的位置，以防止这些东西跌落、弄坏或是丢失。然而，并不是所有排序分类的强迫行为都是为了阻止损害的发生，相反，有一类个体只是用“感觉对劲儿”的方式来布置事物。举个例子，如果家具没有按照“正确的”角度排列，坐垫没有平坦地放好，这个人就会变得相当不舒服。有这种强迫症类型的人是不会允许家人弄乱这种特殊的安排方式的。

囤积

有囤积行为的个体会收集别人看似无用的东西。强迫性的囤积不同于集邮、收集硬币或古董，这些是有真实价值或有乐趣的业余爱好。通常，有这种强迫症形式的人被驱使地收集东西的理由是，以后的某个偶然机会他们可能就会用到这些东西。大多数人都会囤积一些他们并不需要的东西，但是当这些东西开始碍事的时候就会被扔掉。然而，有囤积行为的个体经常会累积大量废旧物品，在他们看来，这些东西都很重要，而且扔掉的话会觉得很痛苦。

精神仪式

有精神仪式的人会用一些特别的想法（叫做思想强迫观念）来解开或取消令其痛苦的萦绕于心的想法、突如其来的念头或是图像。这种强迫性的精神仪式很像强迫行为，但是人们将其在思想中进行，而不是在外观上。正因为如此，精神仪式有时会被忽略或是错误地被认为是强迫性观念。

常见的精神仪式有默默地数数，重复地想特定的词语、短语、数字或某种特别的祈祷。比如，一个老是害怕街头药物的人就会重复性地将任何LSD （LSD为一种致幻剂，即麦角酸二乙基酰胺——译者注） 都在想象中替换成字母RCA。另一种形式的精神仪式是回顾过去的事情或是列出要做的事情。举个例子，一个有强迫性清洗的人在离开浴室后，可能会回顾一下她是否接触过任何被她的衣服污染过的物体表面。有些人会重复地在脑子里回顾某天要做的事情的清单，确保他们没有落下任何重要的事情。

有时，强迫性的思维是一种持续进行的内部对话，一边是令人厌烦的观念，一边是消除烦恼的想法。比如，一个退伍老兵经常地想他能否拯救在战场上死在他身边的那两名战友。他会重复地考虑他能够拯救他们的方式，也一

再地得出结论自己当时什么都做不了。“宽慰的声音”是一种精神强迫仪式。

“单纯”型强迫观念

少数人会长时期地固着于一些冲动的烦恼的想法，却不会产生仪式性的观念或是行为。比如，一个人可能会老是去想一首歌或是一首曲子直到变得厌烦。一个人可能会老想着某些特定的物体（比如衬衫的纽扣）或者是特定的语词，而且他发现这些想法的侵入严重干扰和妨碍着正常的注意力集中。

应特别注意的是，要记住强迫症患者通常有不止一种类型的强迫观念和行为。举个例子来说，很多有清洗行为的人也会有检查和排序分类的仪式;同一个人也会既有精神上的仪式，又有行为上的仪式。

第一章 认识强迫症（3）

你有强迫症吗?

美国使用的精神障碍诊断系统［《精神疾病诊断与统计手册》（第四版）（DSMⅣ）］将强迫症归为一种焦虑障碍，按下面的标准进行了定义。

《精神疾病诊断与统计手册》（第四版）的强迫症诊断标准

一、强迫观念或强迫行为。

强迫观念定义为以下四点:

1.患者脑中有周期性的、持久性的、冲动性的、不适宜的想法、欲望或图像，在困扰期有时会有明显的焦虑和苦恼。

2.想法、欲望或是图像不只是对现实生活问题的过度担心。

3.患者努力忽略或压制这些想法、欲望或图像，或是用一些其他的想法和行为进行压制。

4.患者能认识到这些困扰的想法、欲望或图像是自己头脑中产生的（不是外界强加的）。

强迫行为定义为以下两点:

1.患者被迫地对强迫观念做出反应或按照必须严格遵循的规则而被迫做出的重复行为（比如清洗、排序、检查）或精神活动（比如祈祷、数数、默念词语）。

2.这些重复行为或精神活动的目的在于防止或减少痛苦，预防出现某种可怕的事件或情境。然而，这些行为或精神活动要么与要消除或防止的事情之间缺乏现实的联系，要么就是明显过度的。

二、在强迫障碍的进程中，某种程度上个人已经意识到强迫的观念或行为是过度的、不合理的。注意:该项不适用于儿童。

三、强迫观念或行为引起了患者巨大的痛苦，需要耗费大量的时间（每天要一个多小时），明显地扰乱了患者的正常作息，削弱了其正常的工作（或学术）或社交能力。

四、如果存在另一个轴I障碍，则强迫观念或行为的内容不局限于此（比如，进食障碍中存在的对食物的专注;拔毛癖中扯头发的行为;躯体变形障碍中对外貌的过分关注;物质滥用障碍中对药物的过分使用;疑病症中总是担心患有严重疾病;性异常中的性冲动和性幻想;恶劣心境障碍中反复思考的负罪感）。

五、这种困扰不是由药物（比如药物滥用、药物治疗）引起的直接的生理反应或是普通的医疗状况造成的。

注明:

自知力不良:在现阶段的大多数时候，个体没有意识到强迫的观念和行为是过度的、不合理的。

说明:参见《精神疾病诊断与统计手册》（第四版），版权所有:美国精神病学协会，1994。

强迫症的主要特征是存在强迫观念和强迫行为，且严重扰乱和妨碍着日常活动。事实上，研究表明，强迫观念几乎不会离开强迫行为单独存在，反之亦然。如果存在强迫观念，就会有相关的强迫性精神活动或行为，或两者兼备，同时存在。

通常，强迫观念会引发焦虑或恐惧，也会引起其他令人痛苦的感觉，比如厌恶、羞耻或愧疚感。一个因怕被玷污而感到痛苦的人很可能会在面临污染物的时候感到焦虑

或害怕。有的人在碰到污染物的时候主要是感到厌恶，而不是害怕。一个强迫性担心刺伤孩子的母亲会害怕真的伤害到了孩子，同时对自己这个令人不可接受的想法感到内疚。一个宗教人士如果有了不应有的冒渎的性行为图像，那么这个人就会被羞耻和愧疚感所包围，害怕受到超自然力量的惩罚。

不管是关于冲动的念头、图像还是欲望，这种情绪肯定是消极的、使人不愉快的强迫困扰。恐惧感、负罪感、厌恶感和羞愧感都是令人不愉快的情感。愉悦的冲动性想法不列入强迫症状。比如，有人会过分地想象自己变得很富有，拥有令人兴奋的假期或是和电影明星结婚。他们把大把的时间用在这种愉快的幻想上，虽然这本身也是一个问题，但一般会将其归类为过度的白日梦，而不是强迫症。

强迫观念和过度担心有很多共同点，两者都是使人不愉快的想法。然而，强迫观念在某些重要方面和过度担心有所不同。强迫观念通常意义上都是不合理的，这不同于我们所说的对现实生活问题的忧虑体会——虽然过度却合乎常理。这种差异通常是显而易见的，比如驾车时担心会撞到某人的强迫性困扰和关于财政问题的过度担心之间的区别。有时这种差异并不是那么明显，只有同时出现的精神、行为仪式或强迫行为才能将强迫观念和过度担心区别开来。

强迫行为，可以是行为或精神上的，也称为仪式。精神上的强迫行为是指试图消除仅在强迫症患者身上出现的强迫观念。强迫性的精神和行为活动可以进一步地分为两种类型:一种是为了减轻强迫性的痛苦（比如，清洗是为了减少害怕得病的忧虑，或是减轻担心会被污染的痛苦）;另一种是和强迫观念无关的（比如重复某个动作直到感觉“对劲儿”）。研究发现，大多数的强迫行为都与强

迫观念有关。有时很难区分不与强迫观念相关的强迫行为和“复杂型动作抽动”（指像轻拍、摩搓和眨眼这样的自控范围之外的重复行为）之间的差别。尽管有难度，但区分某?复行为是痉挛还是强迫仍然是十分重要的，因为二者的治理方法不一样。一般来说，痉挛很大程度上是无意识的，冲动可以被抑制一会儿，这期间紧张状态出现，随后痉挛出现。相比之下，强迫行为通常是有意识的，如果一个人不执行强迫行为，那么仪式化的痛苦和冲动在过段时间之后会逐渐消失。

很多有强迫观念的人怀疑或是相信，如果他们不做那些强迫行为就会有灾难性的后果发生。很多人至少是有时候承认这种观念是错误的。举个例子来说，患者坐在治疗师的办公室的时候，就会发现担心发生肇事逃逸交通事故的这种观念是不切实际的。然而，同样是这个人，在漆黑的夜晚行驶在路上的时候很难理智地思考，可能就会草率地做出错误结论，认为撞到了一个路人。有清洗问题的患者因为害怕在公共厕所染上性病就会有这样的认识:当自己不在厕所周围的时候，即使不洗手也不会得病。然而，如果他们在公共厕所真的坐在马桶座圈上的时候，却很难认识到这一点。

少数患有强迫症的人坚定地相信只要他们不做那些强迫性的动作，灾难就会发生，即使远离会引发强迫的情境时，像这样的想法也不会改变。比如，一个担心患有白血病的女人相信感染血液、辐射或某种环境毒素后，如果不能有效地预防或及时清洗，自己肯定就会得病。

现在对《精神疾病诊断与统计手册》（第四版）中关于强迫观念和强迫行为的描述了解之后，你就可以来判断一下自己是否有强迫症了。你有强迫观念吗?有强迫行为吗?抑或是两者都有?如果有的话，它们令你感到很痛苦吗?它们干扰了你的日常生活机能吗?如果你没有用一些仪

式化的方式避开这种痛苦，你会害怕发生灾难性的后果吗?你会不会时常意识到这些担心是不切实际的?

第一章 认识强迫症（4）

强迫症的普遍性及发展进程

强迫症非常常见。在美国大约有600万人被诊断患有强迫症。从学龄儿童到老年人，在所有的年龄组里都观察过，男人和女人强迫症的发生率很相近。通常情况下，强迫症开始于青春期或成年早期，男人比女人早发，也有可能开始于生命后期。一般来说，强迫症的发作是循序渐进的，但在有些案例中开始的也很突然。可能是和生活压力事件有关，症状时常会表现出明显的起伏不定。症状是逐渐恶化的，因此人们不会清晰地记得强迫症是何时发生的，但有时会想起第一次注意到这些症状扰乱他们的生活是什么时候。你记得你的这些症状是何时开始的吗?你记得它们是何时妨碍你的生活的吗?

与强迫症相关的其他障碍

某些情绪障碍和强迫症有相似之处，或是伴随并同时发生。很多患有强迫症的人也同时有抑郁情绪。大多数时候，抑郁是由强迫症带来的情感上的疲惫和意志消沉而引发的。在这些情况中，如果强迫症状（或是自然地，或是通过治疗）减弱，则抑郁也会有所好转。有时候抑郁情绪不是由强迫症引发的，有些情况是抑郁早于强迫症的发作。

如果一个人只是担心会生病，并过度频繁地看医生，却没有像检查或清洗这样的仪式性动作，那么这个人患有的是疑病症。强迫症患者可以有疑病性的强迫观念，也可以有与健康无关的想法。一个经常焦虑的人如果过度地担心现实的生活环境，但是没有强迫性的观念或仪式，那么就是广泛焦虑障碍。

有强迫症的人通常会有抽搐。据评估，大约有20%～30%的强迫症来访者存在抽搐动作。抽搐是突发性的、急速的、周期性的、刻板的、无法抗拒的运动性抽搐和言语抽搐，但能被压制住一会儿。如果一个人除了一次或更多的言语抽搐还有运动性抽搐的话，这就叫做图雷特综合征。35%～50%有图雷特综合征的人也有强迫症，但仅5%～7%患有强迫症的人也会出现图雷特症状。

有些科学家认为拔毛癖（强迫性地扯头发）是强迫症的一种形式，也有可能不是。虽然大部分强迫症患者有着多种多样的强迫观念或强迫行为，但扯头发并不是强迫症患者的典型行为。因此，扯头发并不能和强迫症中的强迫性行为相提并论。

引发强迫症的原因

为什么有的人会有强迫症而有的人没有?原因不明。对这种障碍，研究者给出了不同的解释。有些专家尽量将强迫症理解为一种习得性习惯。按照这种说法，无害的客体或是情境会因为和有害物有关联而变得可怕。一旦这种联系发生了，那些仪式或回避行为就会看起来很“自然”，并保留了下来，这样就可以部分地缓解恐惧感。即使这个观点并不能解释为什么有人患有强迫症而有的人没有，但是它却很好地解答了强迫观念是怎样引起焦虑和不适的，强迫行为又是怎样减少这种痛苦的。它同时也解释了这种强迫性痛苦的暂时缓解是怎样让仪式性习惯维持下来的。

其他专家提出，关于伤害的一些具体的“思维错误”也是强迫症的特征。这种思维错误举例如下:（1）思考一种行为如同在执行这种行为;（2）没有尽力地阻止自己或他人受到伤害如同这种行为本身就引起了伤害;（3）不管什么情境，一个人都要为其所造成的伤害负责;（4）没有为阻止伤害而仪式化，如同该行为本身就引起了伤害;（5）

一个人应该控制好自己的思想。即使这个理论可以描述大多数强迫症患者的思维错误，但它还是不能解释为什么有的人有强迫症而有的人没有。

很多专家相信强迫症患者拥有异常的血清素脑递质，这是一种对脑功能至关重要的化学物质。在强迫症患者的大脑中发现有异常的血清素化学递质，缓解强迫症状的药物也改变着这种化学物质。然而，血清素是不是强迫症发展的关键因素，依旧悬而未决。有些科学家识别了强迫症患者不同脑区在功能和大小上的区别。这些差别是强迫症状的重要起因还是只是巧合，便不得而知了。

有证据表明，强迫症更普遍地存在于某些特定家庭中。很难说多少成分是由于儿童在成长过程中受到家庭环境的影响，而多少成分又是由于遗传的作用。双子研究表明，至少某些强迫症的易感性是遗传得来的。这项研究吸引人们过度地把注意力放在匮乏的强迫症发展信息上，而这些信息并不是来自于对障碍治疗的要求。幸运的是，虽然我们没有一个全面的关于强迫症起因的解释，但是我们有良好的治疗方法。

第一章 认识强迫症（5）

怎样对抗强迫症?

1.精神对抗。你尝试过和强迫观念相对抗吗?因为强迫观念是令人不愉快的、痛苦的，所以你想尽力地把这些想法从你的思想中剔除出去，这并没有什么奇怪的。当你有某种想法，而这种想法一点也没有或只是适度地烦扰到了你，然后你想点别的事情，就能很容易地转移注意力。然而，当你试图去掉一种强迫的思想时，你并不是把注意力直接转移到别的事情上，而是放在令人痛苦的感觉上，不去想这些强迫性的观念，这种与强迫性观念相抗衡的方式看起来“事与愿违”，你会发现强迫性的困扰变得越来越持久和令人厌烦。

2.回避。你在回避引发强迫困扰的情境吗?另一种尝试处理强迫观念的不成功的方式就是试图远离会引发强迫的所有情境。用这种方式会出现三个问题。第一，回避只是暂时有用，因为最终你会不能避免地遭遇到令你恐惧的情境。第二，你回避的越多，害怕的就越多，因为你不再能够找出确实没有危险的情境。第三，因为有太多的情境能够引发强迫，所以回避它们就严重地约束了你的生活方式。举个例子来说，一个害怕交通事故的人可能会先从回避在夜间拥挤地带开车开始，然后是避免夜间开车，然后是只在白天拥挤地带开车，最终只能是在一个人的时候开车。很多有着“肇事逃逸”强迫观念的人都会彻底地不再开车了。

3.仪式化。你会用仪式来处理强迫观念吗?因为回避在长期与强迫的对抗中并没有起到良好的作用，因此强迫症患者最终都会面对令人痛苦的强迫思想。因此，就出现了一些强迫行为，试图对付这些困扰。

关于仪式，在这里有两个问题。第一，像回避行为一样，仪式在短期内是有效的，但在长期过程中会产生“事与愿违”的结果，因为它会让强迫观念变本加厉。这种情况的第一个原因就是仪式会阻止一个人了解所谓的恐惧情境并不会发生伤害的事。举个例子来说，某人擦拭门把手是因为害怕会由于门把手上的细菌而得病，但他发现不了未清洁的门把手并不会致病。第二，仪式通常会蔓延，会消耗越来越多的时间和精力，直到它们严重地干扰日常生活。因此，患者自身会变得很痛苦，不再靠暂时的信念支撑。再比如，一个人在家老是担心安全问题，就会不断地检查门锁、窗户、煤气和电器，然后是所有的水龙头。仅这一轮是不够的，很快又会检查好几遍。如此反复，最终就是此人在家除了检查安全外几乎什么也不做。

你的症状适合这个治疗计划吗?

如果下面的问题回答的是肯定，那么你的问题就很可能适合这本书中所描述的治疗计划。

■ 你有强迫观念吗?

■ 你有强迫行为吗?

■ 它们所引起的痛苦你很在意吗?

■ 它们严重地干扰到你的日常生活了吗?

治疗选择

有两种类型的治疗对强迫症有所帮助:认知行为疗法和药物疗法。这两种疗法广泛地用于世界各个地方的治疗中心成百上千名患者，且都有已确立的治疗强迫症的方法。

这两种治疗方法都有各自的优缺点。每种治疗的优缺点我们都会详尽地描述出来，帮助你做出选择。

第一章 认识强迫症（6）

药物疗法

服用某些药物非常有用。有种特殊的药叫做血清素吸收抑制剂，是一种抗抑郁药，对强迫症的治疗有良好的疗效。它的作用机理还不明确，但它的确能够帮助减轻强迫症状。当药物治疗起作用的时候，强迫性的痛苦就会减轻，强迫行为也会减少，除此 之外，一些仪式和回避行为也会减少。虽然大部分的来访者药物治疗后依旧有一些强迫性的念头，但是其频率和持久性降低了。

研究者发现，一些属于血清素吸收抑制剂类的药物有助于治疗强迫症，但我只关注美国食品和药物管理局批准的适用于强迫症的药物。对于一些特殊药物，其有用性的证据是比较重要的。最明确的药物是氯米帕明，其商品名称是安拿芬尼。研究者研究了数百名患者，发现大约一半服用这种药的人都有效果。强迫症症状平均减少了大约40%。因此，你可以看到，氯米帕明是一种很好的药物，一半服用这种药的人都有了很大的改善，他们认为自己的生活发生了很大的变化。美国食品和药物管理局批准的其他强迫症药有氟西汀（百忧解）、氟伏沙明（兰释）、舍曲林（乐复得）和帕罗西汀（赛乐特）。这几种药最近比氯米帕明更常用，而研究者已经对它们进行了非常广泛的研究，并且已经确定了它们对强迫症是有效的。但我们还不能信心百倍地说血清素吸收抑制剂中的哪种是治疗强迫症的最好的药物，似乎这些药的效果是很相似的，但是氯米帕明可能会带来更多的改善。

这些药物有明显的好处，对很多人是有用的。它们也有优势，即并不需要患者做出太多努力。在访问过几次精神科医生之后，一旦你已经达到药物的有效剂量，你只需

要与你的精神科医生偶尔见几次面让他监测一下即可。当然这些都是平均值，而在选择治疗方法时，你是将赌注押在了平均值上。你可能明显优于平均水平，或一点也没有改善。我们也无法预测谁用哪种治疗方法能治好，谁用哪种治疗方法不能治好。

药物治疗的缺点是什么呢?是这样的，尽管有很多人接受药物治疗的效果很好，但大约有一半的人服过药后没有什么改善，这些没有改善的人中大部分人中仍然体验着明显的强迫症状。此外，药物通常不会只按照我们想要的那种方式去作用:减少强迫症的症状，通常也有一些不必要的副作用。这些副作用是许多人能够忍受的，但有时也可能会令人不愉快或不能容忍。例如，氯米帕明的副作用包括口干、睡眠的变化、体重增加以及性功能障碍。你服药可能会产生一些副作用，但很难预测你在多大程度上可以承受这些副作用。药物还有另一个缺点:服药时感觉很好，但停药后很多人又会回到原来的强迫症状。许多人并不介意药物治疗的时间，但一些恰恰相反（想要怀孕的妇女一般应撤掉一些药物，因为我们对这些药物对怀孕的影响知之甚少）。

暴露疗法

另一个确定的强迫症的治疗方法是一种认知行为疗法，称为暴露疗法。这种疗法也已经经过了不同国家数以百计的患者的广泛应用。暴露疗法的支持理论不同于药物治疗的支持理论。根据药物疗法理论，你摄取一种化学物质，它进入你的大脑使你的神经化学发生变化，并改善你的体验。认知行为疗法是基于这样一种观点，即强迫入侵、痛苦和仪式是一种习惯性反应，并且作为一种习惯，它们是可以被削弱的。暴露疗法是一种以学习为基础的治疗方法，包括一系列的演习，旨在削弱某些思维习惯、感

觉习惯和行为习惯。这种演习被称为长期暴露和反应阻止，实际上意味着禁止或不表演仪式。

暴露意味着你故意面对那些引起强迫观念、痛苦和促使仪式化的场景，你要长时间待在这种场景中，直至症状自发减少。禁止仪式意味着你要放弃这种用仪式来减少强迫观念和痛苦的方式。

通过一项集中的认知行为疗法治疗程序，我们已经取得了很好的效果。这个程序为期1个月，每天一次，每次90分钟。这是一个在你家里进行的，并且有治疗师在场的引导性暴露练习。这点很重要，因为强迫症的习惯往往在家中尤其强烈。此外，这一治疗程序还包括伴随着暴露练习和关注禁止仪式的日常功课练习。

暴露疗法有一些明显的优势。首先，我们发现完成这种治疗的患者比用药更有效。无论治疗刚结束还是从长远来看，大约75%完成认知行为治疗的患者效果都比较好，并且持续改善了平均约65%的症状。同时，你不必担心来自暴露疗法的药物副作用。

第一章 认识强迫症（7）

认知行为疗法也有一些缺点，这一点你也应该知道。首先，跟药物一样，也不能保证一定会有改善。虽然这是一种很好的治疗方法，但大约有四分之一的接受过这种治疗的人没有获益。另外，即使那些受益的人也没有完全摆脱症状。不过，他们认第一章 认识强迫症 为治疗确实在很大程度上改变了他们的生活。

其次，尽管人们认为心理治疗没有副作用，但暴露疗法仍然有令人不愉快的副作用。那就是当你面对那些引起强迫观念的情景时会感到痛苦。一般来说，当一个人第一次面对害怕的情境时，他（或她）的反应会伴随痛苦，但随着每次治疗的进行，这些反应就会自动减少。当下一次面对这种情况时，你会体验到较少的痛苦，并且继续反复进行暴露练习，直到几乎不会引起痛苦为止。这种痛苦是达到切实减少痛苦的治疗目标中的一种副作用，但在暴露练习的过程中，痛苦会临时增加，而这并不是你想通过治疗得到的体验。如果你选择认知行为治疗，你应该料到在暴露治疗中会有痛苦的体验。我们很难预测你的感觉。有些人紧张不安，而有些人则很少会体验到痛苦。

关于认知行为治疗第三个要考虑的是，对你来说它需要大量的努力。这并不像药物治疗一样，在药物治疗中，化学物质做了大部分的工作;在暴露疗法过程中，你要做大部分工作，无论是有治疗师在场还是你独立做“家庭作业”都需要暴露练习。因此，为了达到暴露疗法的良好效果，你必须投入足够的时间和精力来练习。这一治疗的回报在很大程度上取决于在这一过程中你投入的时间和精力。与药物疗法相比，时间和精力上的代价可以看做是暴露疗法的缺点。

所以，我们有两个治疗强迫症的好方法。认知行为疗法似乎比服药能带来更多的改善，这些改善在治疗停止后更持久。短期内药物治疗比暴露疗法需要更少的时间和精力，但如果你想维持，可能需要继续无限期地服药。暴露疗法通常是对情感的挑战，即使暴露是令人苦恼的，也要求你有继续下去的决心。药物治疗需要你愿意容忍各种药物的副作用。

总的来说，暴露疗法似乎是较好的选择，不只是因为它能产生更多的改善，也因为改善更持久。因此，我建议你认真考虑这一治疗方法并作为你的第一选择。第二个选择建议就是血清素类药物，它是美国食品和药物管理局批准的一种药物。如果你选择药物治疗，具体药物的选择将由你和你的精神病医生决定。

行为疗法可以和药物相结合吗?

很多专家推荐行为疗法和药物相结合的治疗方法。还没有证据表明，在长期过程中，这种结合的治疗方法在整体上好于行为疗法自身。虽然有些发现表明在短期进程中结合疗法要优于单个疗法，但是这种说法并没有被清楚地鉴定，有可能是不正确的。

觉得行为疗法太可怕的人就会考虑服用某种血清素吸收抑制剂药物，希望自己的症状尽量地减少，直到可以尝试行为治疗的水平。如果你当前处在血清素吸收抑制剂药物治疗中并希望开始行为治疗，你可能会想在行为治疗期间继续服用药物，而且会考虑到如果行为治疗会有一个满意的结果的话，你就会停止服药。

有些人寻求行为治疗是为了替代药物治疗，因为他们不想再接受药物治疗。如果在开始行为治疗的时候，你同时开始或退出药物治疗，那么你就改变了两种治疗因素（药物治疗和暴露疗法）。这会很难将一种治疗效果从另

一种中区分开来。举个例子来说，如果你开始服用了血清素吸收抑制剂，也同时开始了行为治疗，你的症状有了改善，那么我们将很难说是哪种治疗方法起了作用。

或者，你开始服用了一种药物，同时也开始了行为治疗，然后你变得更加焦虑，那么就会不清楚到底是药物还是行为治疗引发了焦虑。如果你所服用的药物减轻了强迫症状，而在你开始行为治疗的时候不再服用它，随着药物的撤退所引起的病情恶化会使得你对行为疗法更加难以适从。

就像这些例子所阐述的那样，如果你考虑要改变治疗方法，一次只使用一种治疗方法是有很多好处的。

你在服用非血清素吸收抑制剂药物吗?

很多强迫症患者会摄入各种不同的药物，比如抗抑郁剂和抗焦虑药物。抗焦虑药物（也称为镇静剂，像安定和赞安诺）可以减少常见的情绪上的不适，但是并没有证据表明可以减少强迫症状。非血清素吸收抑制剂的抗抑郁剂对强迫症不起作用，但是可以缓解伴随强迫症的抑郁情绪。如果你正接受药物治疗，很重要的一点就是一定要告诉你的治疗师你正在服用哪种药物，以便治疗师和你的医师进行沟通，使行为治疗和药物治疗更加协调。

你会从行为治疗计划中获得什么好处?

从很多强迫症暴露疗法研究的好的结果来看，你可以认为会有很好的机会改善症状。有关经验表明，经过几年的时间之后，大约有75%的患者在一个月的短期集中治疗后症状得到了很大的缓解。更重要的是，这些患者中的大部分人在后来的至少18个月内保持住了他们的成果。

我们该怎样解释行为治疗的这种长期有效的改善效果呢?其中一种解释是该治疗方法本质上是一种学习活动。

当习得了某种行为而又经过相当多的演练后，它就会变成一种根深蒂固的习惯，不管去哪儿它都会如影随形，即使这个治疗计划已经结束。

遗憾的是，我们并不能保证这种活动会让你达到目的，但是可能性还是很大的，这是一种非常值得一试的治疗方法。

这种改善是一种什么样的感觉呢?集中暴露疗法成功的结业者对接受治疗之前还困扰他们的情境现在几乎感觉不到。因此，他们有了相当少的诱发因素来回避这些情境，借仪式化的动作来减少痛苦的行为也少了很多。大部分的患者在治疗的尾声就几乎不再有仪式动作，也不再回避他们害怕的情境。强迫观念的频率和持久性也减少了，而它们通常会在治疗的末尾逗留一会儿。如果你不让自己屈服于偶然的回避或仪式化的冲动，那么强迫性的观念就会随着时间的推移更加弱化。

治疗除了可以缓解强迫症状之外，还可以缓解症状引发的对生活的破坏。强迫症患者通常会花费大量的时间和精力来应对自己的症状。当症状缓解时，过去用在强迫思想和仪式上的时间会节省下来做更令人满足的事情。并且，当你不再回避恐惧情境时，你可能就会扩展你的活动面（比如，重新工作、社交、约会、参加一些公共文化活动，等等）。

第一章 认识强迫症（8）

你会付出什么代价?

好的治疗总是要花费时间、精力和金钱，暴露治疗计划尤其具有挑战性。首先，如果你打算集中性地参与此次治疗，就必须频繁地参加到会议中来，每周都要有几次，这要随你的实际环境而定，可能有些难度。还要求你对自己的工作做一些特别的安排。你可能会不得不安排交通或保育的事情。即使你想和一名治疗师进行一种非集中性的治疗或是没有治疗师辅助的自我暴露的治疗计划，你也必须要留出大量的时间来进行每日的练习。

除了参加会议要花费一些时间之外，你还不得不每天拿出时间来做家庭作业的练习。如果你不把必要的时间用在家庭作业练习上，那么该治疗就不会达到应有的效果。除了时间和努力，本治疗计划也要求你能够忍受在做暴露练习的时候不去做那些仪式性的动作所带来的痛苦。记住，既不是由你的强迫症状的严重程度、持续时间的长短，也不是由你的年龄来决定这个治疗计划对你是否有用。非常重要的因素是你有要改变自己的动机，还要严格地坚持做完这项治疗。

现在你已经了解了这个治疗计划会带来的好处和需要付出的代价，那么就由你来决定要不要参与进来。你要总结一下，权衡利弊，在长期和短期的进程中，强迫症会让你在时间、精力和金钱上付出什么样的代价，还有你在一个月的活动中会体会到的暂时的痛苦。把这个治疗计划看做对你未来生活的一项投资。要记住的一点是，你每天在强迫症上所做的努力已经足够让你完成这个治疗计划了。

如果潜在的好处超过了付出的代价，那么寻求这种治疗就有了意义。你准备好承担这个许诺了吗?回答这个问

题取决于你对这个治疗计划的信心和对减轻自己强迫症状的决心，即使你可能还是会对这项治疗有所顾虑。如果你还没有决定好，那么你很可能就没有准备好顺利地参与到这项治疗计划中来。

如果你选择接受暴露疗法的治疗，那么你就应该清楚你的承诺和目标。

你不可能使自己从强迫症中摆脱出来。你处理强迫观念的方式，是用一种回避和仪式化的方式，并没有好的效果。事实上，这给你造成了麻烦，因为回避和仪式化是一个很大的负担，在长期过程中回避和仪式是加强而不是减弱了强迫观念。

你的目标是消除仪式和回避行为，大幅度地减少其频率、持久性和强迫的痛苦。你会形成一套有效的练习计划，正确地做练习。技术是很有力量的，但仅限于你正确地运用。很多人通过参加暴露疗法克制住了仪式行为，强迫症状得到了很大的缓解。如果你能遵循一个好的治疗计划，付出精力和勤奋做那些练习，你很可能就会获得你想要的效果。如果你不认可这个计划，把精力放在事后猜测你需要哪种练习不需要哪种练习上，拒绝做某些练习，在家庭作业上“作弊”，或者做一点儿，或是一点儿也不做，那么你就很可能在这个项目中不会有任何改善。如果你不尽你所能地做好规定的练习，那你最好就不要开始这些练习，因为这项治疗很可能就对你不起作用了。

暴露疗法有两个必不可少的部分。你会循序渐进地面对一些可以引发你强迫症的事情，虽然这样会使你很痛苦。你所体验的这种痛苦是检验你做的练习是否有用的一个很重要的标准。如果你在首次接受暴露疗法的时候没有任何的痛苦，要么就是练习有问题，要么就是你做的方式有问题。你要列出在治疗时所要面对的一系列的情境。你

会首先接受中等难度的情况，然后在预定之日进入清单上最困难的情境。你会走过每种情境，直到痛苦有显著减少，你也可以期望着它的发生。你会日复一日地不断地面对那种情况，慢慢地烦扰会越来越轻微，直到最终几乎不再烦扰到你。当你开始习惯于清单上的每种情况之后，就可以在继续面对以往情境做暴露练习的基础上再加上一种新的情况来进行练习。

在每天会议之外的家庭作业中，你要练习在会议中你已经做过的暴露练习。在全程治疗计划中每天家庭作业可以占去几个小时的时间。不论你是否会在特定的日子与治疗师见面，都要坚持做暴露治疗的家庭作业。在这过程中是不允许你选择回到回避和仪式化的旧习惯中的。

治疗计划的第二个重要的部分是停止仪式。这就意味着自你进入此次治疗项目的第一天起你就承诺自己完全地停止所有的仪式。不同于做暴露练习的递进方式，你要尽量地使自己当即停止仪式化的行为，可以说是“说停就停的冷火鸡法”。这就意味着你要停止所有主、次要的仪式行为。继续奉行仪式主义将会逐渐削弱暴露练习的作用，你所经历的痛苦将会毫无意义。如果你后来用仪式化的行为取消这种痛苦，那么做暴露练习将会对你失去意义。

你必须坚持抵抗哪怕是非常强烈的仪式冲动。如果你害怕会屈服，你就必须和你的治疗师联络，或是在你实施强迫行为之前找一个可以支持你的人，这样你就能获得一些支撑来遏制冲动。有的时候，人们会犯错误，发现不假思索地就做了某种仪式行为，因为这是一种很无意识的习惯。如果你仪式化的习惯根深蒂固，那么你就应该立即在自我监测表格上记录下发生的事情，以便可以帮助自己找出更好的方式来遏制这种冲动。不要在这天结束的时候才去记录这种例子，推到开会之前也不行，因为你可能记不住确切发生了什么。在自我监测表格中记录下仪式行为

后，你应该立刻在相同情境中再次暴露自己，或者思考什么引发了仪式化，但是不能有仪式行为。

在治疗计划中，为了最大化暴露的效果，你可以克制自己，不要做一些他人平常会做的事情（比如清洗和检查）。比如，很多人每天都会洗澡，但是如果你会洗澡过度，那么就不要每天都洗。这是因为控制自己不去做一些会和强迫症相关的行为是削弱你强迫形式的一种强有力的方法。

特别要注意的是，在治疗期间要有人（治疗师、家庭成员、朋友）在你身边提供情感上的支持。支持的两个关键因素是:不要对你的回避行为和仪式化行为助纣为虐;在你的治疗过程中最小化个人间的冲突。

第二章 识别强迫症（1）

现在你已了解了强迫症的主要类型，那么你就可以识别出困扰你的具体方面，下述列表可以帮助你进行识别。

强迫症的具体范围

清洗和清洁

1.因为可能存在的污染而避免接触某物

2.不愿捡起掉落到地板上的东西

3.过度打扫房间

4.过度洗手

5.洗澡或淋浴时间过长

6.过度担心细菌和疾病

检查和重复

1.重复检查事情是否正确，或状况是否令人满意

2.因为不断地重复，所以很难完成要做的事

3.重复行为以确保不会发生不良事件

4.过分担心会出现错误

5.过分担心自己会伤害他人

6.头脑中涌现某种想法，强迫自己重复做某事

排序分类

1.必须将某些东西按一定顺序摆放

2.花费大量时间确保物品摆放对位置

3.自己的物品不在原位时马上就会发现

4.很在意床铺是否平整笔直

5.需要用某种特定的方式安排某些事情

6.物品被别人重置后会非常不安

囤积物品

1.难以决定是否要丢弃物品

2.将无用的东西带回家

3.家里因储藏物而混乱不堪

4.不喜欢别人碰自己的东西

5.发现自己很难丢掉东西

6.别人认为自己收集的东西是无用的

精神仪式

1.脑子里重复某些单词或数字

2.回忆某事让自己感觉安心

3.花费大量时间以一种特别的方式祈祷，而这种方式并不是惯常的宗教仪式

4.“不好的”想法迫使自己思考“好的”想法

5.脑子中建立列表来阻止不好的结果

6.时不时地想一些“正确的”事情来使自己保持镇静

单纯的强迫观念

1.脑子中只是有一些违背自我意愿的令人烦恼的想法

2.对不安的想法几乎不能控制

在过去的一个月内，你平均每天有多长时间卷入到这些症状中?在练习2.1的空白处记下小时或分钟数。

练习2.1用于强迫观念和仪式的时间

仪式花费时间（小时/分钟）

清洗和清洁

检查和重复

排序分类

储藏

精神仪式

其他强迫观念和仪式

总时间

在你大体确认了自己的强迫观念和强迫行为以及在这些事情上用的时间后，下一步就是要更详细地评估你的强迫症状，为治疗计划做好准备。下面从分析你的强迫观念开始。

强迫观念

认识强迫观念包含的三个因素是很有用的。第一是引发强迫观念的情境或者物体;第二是某些突然想起并带来痛苦的想法、画面或者冲动，包括任何预期性的灾难后果，这些后果的产生是由于一个人没有做仪式行为（如清洗、回避某种情境，或者试图以某种方式对抗强迫观念）而不能保护自己或者他人;第三是个体感觉到的强迫观念本身的某种痛苦，它可以是焦虑、厌恶、愧疚或者一种混合情绪。

下面列举一些引起强迫观念的情境或物体的例子。一个有清洗仪式的人，在触摸了公用电话，使用了像杀虫剂这样的家用化学品，或是碰了鞋子之后，可能会感到痛苦。一个有检查仪式的人，在开车去工作时撞了一下，或是在投信封之前检查已经写好的账单支票时，就会感到很不舒服。一个有储藏癖的人，在被迫要扔掉去年的报纸时，可能会感到痛苦。

现在想一下你自己的某些强迫观念。使用练习2.2的表格，列举15种能引起你最大的痛苦，能引发强烈仪式化冲动的情境或物体。记下当时的情境，并记录下当你面对它时你感受到的痛苦等级。你可以用一个被称作“主观痛苦单位”（简称SUDs）的等级来衡量。等级范围为0～100;0表示所处的情境或者接触的物体一点也不能烦扰到你;100表示你能想象的最令人痛苦的情境，并且可以引发极端的痛苦。在这个范围中，于0～100之间给所有的情境都划分等级。引发轻微痛苦的情境定在10 SUDs或者20 SUDs;引发中度痛苦的情境定在50 SUDs左右;引发高度痛苦的情境定在50～100 SUDs之间。在你所列的清单中至少要有10种等级为50 SUDs或者更高的情境。

第二章 识别强迫症（2）

练习2.2引发痛苦、回避或仪式行为的情境列表

痛苦情境/物体痛苦等级（0～100 SUDs）*

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

11.

12.

13.

14.

15.

*0 SUDs:没有痛苦;100 SUDs:可能的最大痛苦

如果离开房间时你会重复检查是否关灯，那么就定级一下如果你离开时没有检查行为会有多痛苦。如果对你来说这属于中等难度，就把它定在50 SUDs左右。如果你离开厨房时反复地检查是否关了炉子，那么就定级一下你离

开时若是没有检查会有多痛苦。如果这是你能想象到的最大痛苦的情境，就把它记在列单首位，定级高一点，在100 SUDs左右。并不是绝对有必要全部填满15个空格，重要的是要包括令你烦恼的所有主要的情境。

想一想任何能够引发你痛苦的想法、画面或者冲动。举个这方面的例子，比如说你可能会有从桥上跳下去或是驾车驶出桥的想法。不管你是否真的在桥上，这种想法都可能会产生。

另一个令人有痛苦想法的例子是:“我可能会刺伤我的孩子，我很担心我会那样做。”明确辨别强迫观念是很困难的，要有耐心，尽量地回忆最近一周中你最频繁出现的强迫观念。用练习表格2.2列举出这些强迫观念并且划分出它们在 0～100 SUDs间的痛苦值。

一些人很难识别引发强迫观念的具体情境或物体。有时候一种强迫观念可由一种可以确认的想法引发;有时候强迫观念是在没有任何可识别的刺激下自然发生的。如果你不能确定引起强迫观念的任何情境或想法，那么就可以跳过上面的练习继续下一步。

预期灾难也属于强迫观念烦扰内容的一部分。例如，如果你担忧污染物，你碰到了它们或者没有清除干净，你可能就会担心自己会患病或者引起其他人患病。强迫观念可以是某种具体的疾病（如梅毒）或其他。如果你检查器械，你可能担心引起火灾或者爆炸。如果你有储藏行为，丢掉某件东西时你可能会担心，认为它还会有用得着的时候。

有些人不能确认某种预期的灾难，但他们总是担心不好的事情会发生，但是又不清楚将要发生什么。其他不能确认某种预期伤害的人，如果不能回避或仪式化就会感到极其痛苦。想一想，如果你没有回避或者仪式化，你是否

会预期某种伤害要发生。练习2.3表格中列举了可以引发50～100 SUDs范围内痛苦值的预期后果。

练习2.3没有回避或仪式化的预期后果

预期伤害 痛苦等级（50～100 SUDs）*

1.

2.

3.

4.

5.

*50 SUDs:中度痛苦;100 SUDs:可能的最大痛苦

强迫症患者经常试图避免引发强迫观念和痛苦的某些物体、情境、想法、活动等。一个因担心细菌而有洗手仪式的人可能会避免用马桶座圈，尤其是公共厕所里的，也可能会彻底回避公共厕所。有储藏行为的人可能不会丢掉任何一件东西，因为他们总认为会丢掉很重要的东西。一个担心撞到行人的人，可能不会在晚上或者拥挤的地方开车，甚至会完全不再驾驶。

考虑一下你为了最小化强迫观念和痛苦而回避的情境，并且列在练习2.4的表格中，标明你回避每一种情景的频率。

练习2.4回避情境列单

情境 痛苦（0～100 SUDs）*回避的频率

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

*0 SUDs:没有痛苦;100 SUDs:可能的最大痛苦

接着就要考虑一下，你正在做哪种仪式（也就是强迫行为）来减少痛苦或阻止伤害。下面的练习列出了一张精神和行为仪式的清单。标出适用于你的每一个仪式行为，估计一下你每天在它上面花费的时间，然后根据对你的影响程度排列每一个仪式行为。a1表示你最常做的仪式，a2表示第二常做的仪式，依此类推。

练习2.5仪式

仪式 等级 时间花费

□ 清洗和清洁

□ 检查

□ 重复行为

□ 整理物体

□ 储藏

□ 祷告

□ 特殊想法

□ 吉祥数字

□ 精神清单

□ 回忆往事

□ 其他（描述: ）

第二章 识别强迫症（3）

区别强迫症与其他心理问题

在你决定是否用本书所描述的治疗计划之前，很重要的一点是要考虑一下你是否用仪式化的行为来降低自己的强迫观念和相关痛苦。这个治疗计划是为那些意识到自己的强迫观念是夸大的、多余的人而设计的，这些人会用仪式和回避行为来降低自身的强迫痛苦。如果你没有这种强迫观念、仪式和回避的体验，那么这个治疗计划可能就对你没有帮助，你应该尽可能咨询强迫症方面的专家来作进一步的评估。例如，如果你无缘无故地重复说话、发出声音，或自动地表现某个动作，这些行为可能就是一种抽搐而不是强迫行为仪式。

重复一系列刻板的行为也是其他精神障碍的特征。例如，精神分裂症患者有时就有重复行为，如以某种方式移动他们的手。有大脑损害或智力缺陷的人也可能表现出刻板行为。强迫症仪式是不同于那些重复行为的，强迫症仪式是试图抵消某种强迫观念，降低强迫痛苦，阻止伤害。换句话说，就是只有强迫症患者才会把强迫观念和强迫行为联系在一起。

有时人们认为某些行为（如吃得太多、咬指甲或拔头发）像是强迫症或者属于“强迫症的范围”。但是，这些行为不像强迫症的仪式性行为，而可能是为了缓解总体上的紧张情绪，并不是为了减缓某种特定的强迫痛苦。而且，这些人即使没有吃得太多、咬指甲或拔掉头发，也不会预期有灾难发生。

另一种类似于强迫症的问题是强迫型人格障碍（OCPD）。有这种人格障碍的人是如此地追求完美、有序和控制，以至于他们看不到实际的目标。表面上来看，

这些特点与一些强迫症症状很相似。但是，有强迫人格障碍的人不会陷入通过仪式化动作来阻止灾害发生的怪圈中。而且，他们通常会认为自己的完美主义和控制模式是一种很好的生活方式。有些强迫症患者也有强迫人格，但有的没有。并不是所有过度要求完美主义的人都有强迫症，也不是所有强迫症患者都爱干净、讲秩序。

总的来说，大部分强迫症患者能够认识到他们的强迫观念和强迫行为是不现实的或者过度的，但是仍有一小部分认识不到。因为大多数强迫症患者能够认识到他们的强迫观念和仪式是愚蠢的，所以他们通常试图（艰难地）抵抗这些行为，他们也认识到自己的强迫观念和仪式化的冲动并不是被别人以某种方式强加给自己的。

强迫症患者经常感到抑郁。在许多的例子中，抑郁是对强迫症状反应的一种结果，而且强迫症状成功治愈后，抑郁情绪通常也会消散。在其他例子中，穷思竭虑是抑郁的一部分。抑郁患者通常会反复地想，自己是微不足道的，周围的世界是令人不快、充满敌意的。他们如此穷思竭虑是为了反映一个一般的主题，如“我是微不足道的”、“我永远不会好起来的”、“没有人会喜欢我”。抑郁者的思考在两个方面不同于强迫症患者的强迫观念。第一，他们不会通过仪式来得到暂时的缓解;第二，他们不仅仅注意预期性的灾难，还在意过去、现在以及将来的悲伤状况。

如果你感到抑郁并且有像上面所说的抑郁性反复思考的经历，但是你没有强迫仪式，那么这本手册上的计划纲要就不会对你有所帮助。我们发现这本书对强迫症的强迫观念有用，但是对抑郁性的穷思竭虑没有帮助。因此，你需要咨询精神健康方面的专家来评估一下你的抑郁，并且指导你进行合适的治疗。

你应该寻求专业的帮助吗?

一旦你评估了自己的症状，而且了解了自身强迫症问题的本质和严重程度，你就可以决定是否使用这个工作手册，寻求治疗师的指导并执行治疗计划。这里没有固定的准则教你去做什么，但是下面的指导方针可能会对你有用。为了能有一个有针对性的决定，你可以先回顾一下这章前面你回答的问题的答案。你有没有把几个项目定在了“90 SUDs左右”或“100 SUDs左右”?现在，参考你的答案，然后计算出你每天花在仪式上的时间。

如果你有极端的强迫痛苦，并且每天在强迫观念和仪式上要花费大量的时间（每天至少两个小时），那么你的强迫症状就很可能已经非常严重，你就需要从专攻强迫症的精神健康专家的指导中得到帮助。这是因为严重的强迫症状更难通过自身克服。专家将进一步对你做出评估，而且帮你形成并执行一个合理的认知行为治疗计划。

第三章 认识强迫症的认知行为疗法（1）

什么是强迫症的认知行为疗法?

工作手册中描述的认知行为疗法称为暴露和仪式阻止。它是为弱化两种类型的习惯而设计的:第一种是对特殊的事物、环境或困扰你的想法感到痛苦的习惯;第二种是当你对困扰的事物感到痛苦时所进行的仪式化行为。换句话说，这个项目是用来帮助你消除痛苦和停止仪式性行为的。这个治疗计划包括三个元素:真实暴露、想象暴露（也称为意象练习）以及仪式阻止（参见接下来的章节）。

该疗法中治疗强迫症的元素

真实暴露: 在一段较长的时间内和引起焦虑、痛苦的环境及令人害怕的物体共处（例如，与污染物进行真实的接触）。

想象暴露: 脑海中想象自己处在害怕的环境中及其后果（例如，在路上驾驶撞到了行人）。

仪式阻止: 克制仪式化行为（例如，离开厨房而没有检查炉灶，或触地后不洗手）。

什么是暴露?

在真实暴露中，你要面对的是激起你强迫性痛苦的环境。经过足够的暴露后，你的焦虑情绪会降低。这就是所谓的习惯化。如果是这样，你可能会问，自己已经接触了太多引起强迫痛苦的情境，为什么痛苦还是没有解除?这是因为仅仅引起强迫是不够的。强迫必须经过足够长的一段时间才能自行缓解，并且要不断重复练习。例如，一个有过度清洗行为的人通常是接触了污染物后就开始清洗，试图清除掉污染，让自己感觉好些，这样随后的洗手致使

暴露太短而不能促进习惯的形成。因为很多患有强迫症的人错误地认为，除非他们回避或进行仪式，否则痛苦就会永远持续，短时间的暴露并不能驳斥这个错误观点。另外一个错误的认识是，如果不进行仪式化的行为，就会发生糟糕的事情。再强调一次，只有长期的没有仪式化行为的暴露才能检验这个错误的信念，进而否定它。因此，在这个治疗计划中，你将会克制自己经常做的仪式行为，直到这种仪式化的欲望降低，痛苦缓解。这就是所谓的仪式阻止。

如果要缓解强迫症，暴露在引起强迫性痛苦和仪式化欲望的环境中是必要的，那么你要怎样才能在不必面对预期的伤害时得到改善呢?你可以通过在脑海中想象来面对伤害。在想象暴露中，你要在头脑中构造出自己既没有回避也没有仪式化，如同真实暴露了一样，在想象暴露中强迫性痛苦会逐渐地减少。

有些人不用特定情境的激发，强迫痛苦就会自然发生，想象暴露对这样的人也是有帮助的。例如，一个人在任何时间和地点都会有亵渎神灵的想法，这就是其主要的强迫痛苦。在这个例子中就没有个体要面对的特殊情境，因此他就不用在暴露情境中长时间地逗留。在使用想象暴露时，个体要故意地反复想象亵渎行为，不能用祈祷或其他仪式来消除或抵消痛苦。

如果一个人很害怕会有灾难性的后果发生，那么想象暴露对这种情况就特别有用。例如，如果一个人担心家里会起火，为了暴露练习，她肯定不会点燃自己的房子，但是，她可以持续地想象自己的房子着火了，直到她的痛苦减轻。类似地，如果担心自己会碾过一个正躺在路上的人，那么不可能就为了练习而去故意地伤害别人。在想象暴露中，你制造出这样一个心理图像，不做仪式化的动作

就会有你害怕的灾难发生。像真实 战胜强迫症:自助手册暴露一样，在想象治疗中痛苦会逐渐地减弱。

应用想象暴露的另一个原因是让接下来的真实暴露对你而言简单一些。如果你想到要面对激起自己强迫痛苦的情境或物体就极其痛苦，你可能会发现想象暴露更好一些。在想象阶段，痛苦的缓解会使你能继续进行真实暴露。

什么是仪式阻止?

如前所述，当强迫症患者面对害怕的情境或强迫的想法时，就会触发困扰并渴望通过仪式化的行为来减少痛苦。故意的暴露也可导致相同的困境并促使其仪式化。屈服于诱发因素而通过仪式化来减轻痛苦，尽管短时间内会有所缓解，但长期来看可以强化强迫症状。即使强迫症患者没有用仪式化的方式来保护自己或他人，也不能让他们意识到所担心的伤害真的没有发生。另外，仪式行为是不会让你感到焦虑不会永远存在的，恰恰相反，如果你持续待在引起恐惧的环境中，焦虑和痛苦就会逐渐减弱。因此，放弃仪式是至关重要的，即使是当你有强烈的渴望时。所以，在这个治疗计划中，仪式阻止是用来弱化仪式化的习惯的。

为什么你应该进行暴露治疗和仪式阻止?

也许你正在问自己:为什么我要故意忍受面对害怕情境的痛苦而不做些仪式化的行为获得解脱呢?记住，这个治疗计划就是为弱化两者之间的联系而设计的。第一是弱化痛苦和物体、情境或引起痛苦的想法之间的联系;第二是弱化仪式化和强迫痛苦缓解之间的联系。换句话说，在施行仪式后，你会暂时感到痛苦减轻，因此就继续频繁地陷入到这样的行为中?这个计划就是专门为了帮你改变这种模式的。

除了削弱这些联系之外，这个计划还旨在帮助纠正那些在强迫症中常见的错误想法及其造成的巨大的痛苦。这些想法有:（1）仪式会防止伤害发生在自己或他人身上;（2）我必须要避免这种痛苦的情境，因为如果我没有回避，痛苦就会持续下去甚至会恶化;（3）如果我不回避或不进行仪式化，焦虑会变本加厉，我将“崩溃”或发疯。

第一种在强迫症中共同存在的想法是，通过逃避或仪式化来避免伤害是必要的。很多人会想到如果他们进行必要的日常活动，如开车，潜在的危险会发生在自己或他人身上。但是他们在考虑危险时不会陷入到强烈的、功能丧失的痛苦中，他们能够认识到实际的危险很小，应该忽略掉。但是很多强迫症患者在想到潜在的灾难可能发生在自己身上或自己会给别人造成伤害时，就会有无法抵制的痛苦。例如，强迫症患者可能会对自己房子起火、魔鬼附体或感染艾滋病的想法非常焦虑。过分的焦虑使他们无法对自己所处情境的危险性和用什么来保护自己或他人做出理性的判断。强迫症患者为安全起见会逃避或进行仪式行为来防止哪怕是最不可能发生的伤害。因此，他没有机会认识到自己担心的情境实际上是相当安全的。

第三章 认识强迫症的认知行为疗法（2）

有检查仪式的人会想:“我的房子没有着火，不仅是因为我从没有使用炉灶，而且我总是非常小心地进行检查。”陷入到清洗仪式中的人会这样想:“是的，我去过医院后没有生病，因为我用来苏消毒剂洗了手并仔细地洗了澡。”这种想法助长了回避和仪式行为。

暴露就是来对付这种类型的错误想法的。当你真正地反复面对错误认为的恐惧情境时，并且不进行仪式，你会意识到没有伤害发生。因此，你认识到危险很遥远，而且学着去忽略它。

举例来说，Michael担心他的房子会着火，因此他拒绝使用中央供暖系统，即使在寒冷的天气也一样。在治疗时，他必须使用加热器并且在离家时仍然让其开着。24小时后，房间内非常温暖而且没有着火，Michael意识到自己的担心是没有根据的。又如，Mindy担心家庭用的有毒化学品会进入食物中。因此，她从来不烹调，也不使用任何家庭用的化学制品。另外，在进入厨房之前，她都会反复洗手，以防止她使用任何餐具时会无意中让自己中毒。在接受治疗时，Mindy拿一瓶烤炉清洁剂放在橱柜上，然后在没有洗手的情况下给家人准备和提供食物。家人非常喜欢这些食物，而且没有因此死亡。Mindy认识到自己的担心是没有根据的。

强迫症患者的第二个思想误区是他们往往会有这样的信念，认为自己必须避免令自己痛苦的情境，否则自己会永远痛苦下去。这就使得他们逃避很多情境，而如果无法避免就会进行仪式化行为。然而，在长期暴露治疗中，强烈的焦虑感会逐渐降低（“习惯化”）。假如，一个人在长时间（例如1～2小时）面对一个痛苦情境时，就会体验到

痛苦逐渐减少直至消失。随着痛苦的减轻，你就更容易清醒地去思考:这种情境是否真的有危险?随后，相同或相似的情境出现时，还是会有一些痛苦，但要远远少于从前。

由于现实的原因，大多数的人会在特别长的时间内忍受压力情境，他们已经认识到痛苦是不会永远持续下去的。这个治疗计划意在帮助你能留在痛苦的情境中，让你感受到痛苦在随着时间慢慢减弱。

强迫症患者的第三个共同的信念是:如果没有回避或仪式化，我就会变得非常痛苦以至于发疯。例如，Rennie会担心东西没有摆放整齐，不是按照正确的顺序摆放，这会令其感到不舒服甚至不能忍受，随后她会失控，被送到精神病院。治疗中，Rennie弄乱她的办公室和卧室，即使自己感到不舒服也不会重新安放。最终她的不适感减轻了，自己也没有失控。她认识到了焦虑不会永远存在，而且并没有产生精神失常。

不论你是否害怕从公共厕所中传染疾病、造成交通事故、丢弃了重要的东西还是用刀子时伤到人，长期的真实暴露治疗计划都能够帮助你。当然，在你首次面对害怕的情境时会感到痛苦。但是，如果你能够保持在这些情境中足够长的时间，痛苦就会减弱。这样的体验就会改变你原来的想法——认为痛苦会永远持续甚至会使自己发疯，因为你认识到了，等到治疗结束的时候，痛苦就会减少。

你可能想知道，克制回避或仪式化行为，然后想象一下你害怕会发生的灾难，这样怎么会帮助到自己?这些想象练习能起作用主要是因为，在重复地想象伤害发生后，你再想到伤害时痛苦就会减少，就能更现实地评估危险水平。你还会认识到，焦虑不会永远持续下去，因为在长期暴露时痛苦已经弱化了。

暴露练习中的情感投入

要想让真实或想象暴露练习起作用的话，你就必须在暴露过程中有情感投入。具体来说，暴露的情境必须要引起痛苦，和在日常生活中发生强迫时一样。

为了增进情感的投入，你就必须将暴露练习与引起你强迫和仪式化欲望的真实生活情境很好地结合起来。如果主要是因与癌症相关的污染物感到痛苦，那么你在做暴露练习时，访问的医院没有癌症病房的话，练习就不会有帮助，因为暴露的情境不符合你强迫性的担心。因此，如果做的练习和你的强迫痛苦不匹配的话，就很难有情感投入。

即使暴露练习与你的强迫症状非常匹配，你也必须要以一种情感投入的方式接近这种暴露。这意味着你必须注意到暴露时令人痛苦的方面，而不是竭力地回避或是假装它们不存在。

这在真实和想象暴露中都是适用的。例如，你假装认为癌症病房是心脏病病房，以此来减轻自己的痛苦，那么练习的效果就会不那么有效。因此，在暴露练习中，你要考虑你担心的潜在伤害。例如，你害怕使用公共厕所，那么暴露练习就是去公共厕所，你在那儿的时候，同时应该考虑自己对于厕所担心的是什么（例如会得性病）。同样，在想象练习中，包括预期的疾病在内，你都应该尽可能生动地去想象。